М. И. Нитруца, А. Н. Нагнибеда

СКОРАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Руководство

2-е издание, переработанное и дополненное

Санкт-Петербург
СпецЛит
2000

УДК 614 615 616.8
Н60

Авторы:

М. И. Нитруца *— врач-психиатр специализированной психиатрической подстанции городской станции скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга;*
А. Н. Нагнибеда *— доктор медицинских наук, старший врач станции скорой и неотложной медицинской помощи г. Петродворца*

Рецензенты:

заведующий кафедрой психиатрии МАПО, доктор медицинских наук, профессор ***Б. С. Фролов****; главный психиатр Санкт-Петербурга, заслуженный врач РФ* ***Л. П. Рубина***

Нитруца М. И., Нагнибеда А. Н.

Н60 Скорая психиатрическая помощь на догоспитальном этапе: Руководство. 2-е изд., перераб. и доп.— СПб.: СпецЛит, 2000.—208 с. ISBN 5-263-00173-8

Практическое руководство составлено на основании Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи населению и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В руководстве на основании многолетнего опыта работы психиатрической службы станции скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга изложены вопросы организации оперативной работы, показания для направления бригад скорой психиатрической помощи и психиатрического санитарного транспорта, основные разделы работы медицинского персонала, вопросы преемственности в оказании скорой психиатрической помощи на догоспитальном и госпитальном этапах в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи населению и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Предназначено для врачей скорой медицинской помощи, врачей-психиатров лечебных учреждений, студентов высших и средних медицинских учебных заведений.

УДК 614 615 616.8

Практическое пособие

Михаил Иванович Нитруца, Анатолий Николаевич Нагнибеда

СКОРАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Руководство

Ответственный редактор *А. В. Бровко*. Технический редактор *О. Е. Иванова*.
Корректор *И. А. Смирнова*. Верстка *Н. В. Лукиной*

Лицензия ИД № 00072 от 10.09.99. Подписано в печать 13.11.2000. Формат 60x90 1/16.
Печать офсетная. Гарнитура «Ньютон». Усл. печ. л. 13. Тираж 3000 экз. Заказ 326.

Отпечатано в типографии ООО «ИПК «Бионт».
199026, С.-Петербург, Средний пр. ВО., д. 86

ISBN 5-263-00173-8

Список сокращений

АД — артериальное давление
БИТ — бригада интенсивной терапии
в/в — внутривенно
в/м — внутримышечно
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ДТП — дорожно-транспортные происшествия
ИВЛ — искусственная вентиляция легких
ЛТМ — лечебно-трудовые мастерские
МДП — маниакально-депрессивный психоз
МКБ-9 — Международная классификация болезней (9-й пересмотр)
МКБ-10 — Международная классификация болезней (10-й пересмотр)
НГ — недобровольная госпитализация
ОНП — отделение неотложной помощи
ООИ — особо опасные инфекции
ПНБ — психоневрологическая больница
ПНД — психоневрологический диспансер
ПНИ— психоневрологический интернат
СМП — скорая медицинская помощь
СО — социально опасен
СПП — скорая психиатрическая помощь
ССМП — станция скорой медицинской помощи
ССС — сердечно-сосудистая система
УВД — управление внутренних дел
ФОС — фосфорорганические соединения
ЦНС — центральная нервная система
ЧС — чрезвычайные ситуации

ВВЕДЕНИЕ

Практическое руководство «Скорая психиатрическая помощь на догоспитальном этапе» составлено на основании ст. 11, 16, 29, 30 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи населению и гарантиях прав граждан при ее оказании», Приказа МЗ РФ «О скорой психиатрической помощи» (№ 108 от 08.04.98 г.) и Приказа МЗ РФ и МВД РФ «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» (№ 133/269 от 30.04.97 г.), Приказа № 296/140/64 от 05.04.96 г. Главного управления внутренних дел Санкт-Петербурга, министерства здравоохранения Ленинградской области совместно с комитетом по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга «О мерах по улучшению взаимодействия органов внутренних дел и органов здравоохранения по обслуживанию граждан, находящихся в состоянии алкогольного опьянения», Письма № 2510/3016-9627 от 01.06.96 г. МЗ РФ «О мерах повышения эффективности работы по предупреждению общественно опасных действий психически больных», Методических указаний комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 1996 года «О порядке оказания скорой психиатрической помощи населению Санкт-Петербурга», а также многолетнего опыта работы психиатрической службы станции скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга, отраженного в научных работах, распоряжениях и организационно-методических документах, разработанных с участием бывших и ныне работающих сотрудников станции скорой медицинской помощи — профессора Б. Г. Апанасенко, к. м. н. И. Г. Кирилюка, В. Н. Налитова и сотрудников специализированной психиатрической подстанции: О. М. Ароновича, В. Л. Кинго, Б. А. Линника, А. А. Горского, Г. Г. Лазарева, к. м. н. В. С. Пшизова, Г. В. Серова, Ю. Л. Мучника и др.

Авторы искренне благодарны врачам специализированной психиатрической помощи, станции скорой медицинской помощи, руководителям психиатрической службы Санкт-Петербурга профессору д. м. н. Б. С. Фролову, к. м. н. В. Э. Пашковскому, заслуженному врачу РФ Л. П. Рубиной и коллективам их сотрудников.

Как следует из текста Комментария к Закону «...под неотложной психиатрической помощью понимают комплекс мероприятий, направленных на оказание экстренной помощи больным, находящимся либо в состоянии острого психоза, нередко сопровождающегося помрачением сознания, возбуждением, выраженными эмоциональными расстройствами, растерянностью, образ-

ным бредом, обманами восприятия, либо обнаруживающим хотя и хроническое, но тяжелое психическое расстройство, которое обусловливает в данное время их опасность для себя и для окружающих. Одной из основных мер неотложной психиатрической помощи является госпитализация (доставка) в приемное отделение психиатрической больницы, а также (в меньшей мере) применение медикаментозных средств, снижающих возбуждение, сдерживание и другие способы ограничения двигательной активности больного. Поскольку большая часть этих мер может быть предпринята по решению врача-психиатра (см. Комментарий к ст. 11, 23—25, 29 Закона), их исполнение возлагается в основном на службу скорой психиатрической помощи либо на учреждения, оказывающие внебольничную психиатрическую помощь (психоневрологические диспансеры и кабинеты). Частично эти функции могут также выполнять до прибытия врача-психиатра бригады общей скорой помощи, а иногда и органы милиции (в части предотвращения опасных действий).

Основаниями для оказания помощи лицу, страдающему тяжелым психическим расстройством, в недобровольном порядке являются:

а) его непосредственная опасность для себя и окружающих;

б) его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять жизненные потребности;

в) тяжесть психического расстройства, которое обусловливает существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

В целях реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», совершенствования и дальнейшего развития скорой психиатрической помощи для своевременного и качественного оказания психиатрической помощи на догоспитальном этапе, при ограниченных возможностях полного и всестороннего сбора анамнеза и проведения психиатрического исследования написано данное руководство.

Неотложные психиатрические состояния полиэтиологичны, их клиническая картина многовариантна, лечебно-тактические решения неоднозначны и именно поэтому на догоспитальном этапе требуют стандартизации, основанной на моделях пациента и патологического процесса.

В условиях недостатка времени, объективной информации и опыта работы в ургентных ситуациях, осмысленное использова-

ние данного руководства облегчает оказание неотложной психиатрической помощи и повышает ее качество.

Поскольку первое издание книги быстро разошлось, а потребность в ней не миновала, возникла необходимость ее переиздания. Во второе издание (с учетом отзывов врачей-психиатров, врачей скорой помощи, врачей общей практики и семейных врачей) в книгу введены дополнительные разделы, посвященные терминологии; симптомам, синдромам и психопатологическим состояниям; психиатрическому обследованию на догоспитальном этапе; перегоспитализации из соматических в психиатрические больницы; лечебно-тактическим мероприятиям при острых психических расстройствах; острым психическим расстройствам при сосудистых заболеваниях головного мозга; острым психическим расстройствам при черепно-мозговой травме; острым соматогенным психическим расстройствам; коматозным состояниям в практике оказания скорой психиатрической помощи; МКБ-10 и таблице соответствия МКБ-9 и МКБ-10; оснащению специализированных психиатрических бригад скорой медицинской помощи; юридическим аспектам психиатрии.

Можно полагать, что эти добавления повысят степень пригодности книги для пользователей, в первую очередь врачей линейных и психиатрических специализированных бригад Скорой медицинской помощи, а также врачей-психиатров стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений, студентов высших и средних медицинских учебных заведений, врачей-специалистов и общей практики.

I. Скорая психиатрическая помощь. Общие положения

Психиатрические врачебные бригады скорой медицинской помощи и бригады по перевозке психически больных, в зависимости от местных условий, могут организовываться в составе городской станции скорой медицинской помощи, психиатрической больницы или территориального медицинского объединения.

В Санкт-Петербурге скорая психиатрическая помощь организована в 1931 году в составе городской станции скорой медицинской помощи и является ее структурным подразделением. Истекшие годы показали преимущества подобной организации скорой психиатрической помощи для крупных городов, которые заключаются в следующем:

1. Наличие единого оперативного центра, возможность быстрого направления линейных и специализированных бригад по профильности и по району обращения с учетом дислокации бригад.

2. Наличие единой оперативной радио- и телефонной связи с подстанциями и бригадами, находящимися на линии.

3. Большие возможности оперативного маневра при направлении бригад.

4. Наличие единой службы контроля за работой бригад на линии.

5. Единые методические и тактические установки для бригад скорой помощи независимо от их профильности при работе на линии, в том числе в экстремальных ситуациях.

6. Возможность профессионального отбора вызовов ответственным психиатром «03».

7. Обращение населения за скорой медицинской помощью независимо от профильности необходимых пособий по одному каналу «03».

8. Возможность оказания скорой психиатрической помощи вне зависимости от места нахождения и проживания пациента, времени суток, с учетом сопутствующих заболеваний и травм.

II. Положение о психиатрической подстанции скорой медицинской помощи

Психиатрическая служба скорой медицинской помощи находится в административном подчинении главного врача станции скорой медицинской помощи и руководствуется инструкциями и положениями для подстанций скорой медицинской помощи.

Методическое руководство психиатрической службой станции осуществляется главным психиатром органа управления здравоохранением.

Психиатрическая служба городской станции скорой медицинской помощи оказывает экстренную медицинскую помощь больным с остро возникающими или обострившимися психическими заболеваниями, когда промедление может привести к опасным последствиям как для самого больного, так и окружающих; пациентам с острыми алкогольными психозами и осуществляет по показаниям госпитализацию этих больных. Производит перевозку в стационары психически больных и пациентов с алкогольными психозами по направлениям врачей-психиатров психоневрологических учреждений.

Районы обслуживания и порядок госпитализации определяются органом управления здравоохранением.

В составе психиатрической службы скорой помощи предусмотрены врачебные бригады в составе врача-психиатра и двух фельдшеров и транспортные бригады в составе двух фельдшеров для перевозки больных по направлениям врачей психоневрологических учреждений города.

Врачи-психиатры обязаны владеть всеми навыками оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим в условиях скорой помощи.

Штат медицинских работников формируется из числа наиболее квалифицированных врачей и фельдшеров-мужчин соматической скорой помощи, прошедших специальную подготовку по неотложной психиатрии на базе больниц скорой психиатрической помощи и медицинской академии постдипломного образования (МАПО) с последующим повышением квалификации через каждые 3—5 лет.

Психиатрическая служба скорой помощи работает в тесном контакте с психоневрологическими больницами (ПНБ), психоневрологическими диспансерами (ПНД) и психокабинетами города, обмениваясь информацией и опытом работы, проводя совместные клинические разборы, совещания, конференции.

Врачи-психиатры скорой помощи не осуществляют планово-

го лечения и плановых консультаций на дому и в стационарах, не проводят судебно-психиатрическую экспертизу.

По результатам вызова врач-психиатр скорой помощи имеет право направить больного с психическим расстройством (пограничным состоянием) в психоневрологический диспансер по месту жительства для динамического врачебного наблюдения и амбулаторного лечения, не вызывая участкового врача районной поликлиники. С этой целью больному или родственнику могут выдаваться письменные направления со штампом скорой психиатрической помощи.

Врачи-психиатры скорой помощи обязаны оказать медицинскую помощь при обращении на подстанцию и на линии при остановке в пути, а при необходимости госпитализации доставлять больных (пострадавших) в профильные стационары.

Категорически запрещается направлять психиатрические бригады на вызовы, не связанные с психиатрической патологией, за исключением чрезвычайных ситуаций, сопровождающихся большим количеством пострадавших или при полном отсутствии на момент вызова других бригад СМП при невозможности передать вызов на ОНП.

III. Основные разделы работы медицинского персонала скорой психиатрической помощи

Заведующий психиатрической подстанцией скорой медицинской помощи назначается приказом по ССМП внештатным главным специалистом психиатром станции скорой помощи.

Заведующий психиатрической подстанцией назначается и административно подчиняется главному врачу городской станции скорой медицинской помощи. В методическом отношении он подчиняется главному психиатру органа управления здравоохранением. Обеспечивает организацию работы подстанции, ее врачебных и транспортных бригад в соответствии с «функциональными обязанностями заведующего подстанцией скорой медицинской помощи».

Поддерживает постоянные деловые контакты с главным психиатром органа управления здравоохранением, его заместителями по больничной и амбулаторной работе, главными врачами психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров города, осуществляя взаимный обмен информацией о больных, представляю-

[illegible] и обмен опытом работы, участвует в [illegible] проведении совместных совещаний.

Для обеспечения решения основных задач по улучшению оказания помощи больным главный специалист по неотложной психиатрии станции скорой медицинской помощи (заведующий подстанцией) ОБЯЗАН:

— контролировать качество диагностической и лечебной работы, проводимой врачами и фельдшерами, а также грамотность избираемой ими тактики в той или иной конкретно сложившейся ситуации;

— активно участвовать в подготовке и издании распоряжений и приказов, а также справочно-информационных материалов инструктивно-методических указаний для медицинского персонала станции по вопросам неотложной диагностики, лечения и тактики по отношению к больным психиатрического профиля;

— выполнять все указания главного специалиста по психиатрии органа управления здравоохранением по скорой медицинской помощи, направленные на совершенствование организации и содержания работы по оказанию помощи больным психиатрического профиля на догоспитальном этапе;

— постоянно совершенствовать организационные формы работы службы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, проявлять заботу о наращивании оснащения современным оборудованием, аппаратурой и инструментарием выездных врачебных и фельдшерских бригад специализированной психиатрической помощи с целью повышения качества диагностической и лечебной работы;

— поддерживать тесные контакты с научно-исследовательскими учреждениями и клиниками, используя их для повышения квалификации специалистов службы скорой помощи и проведения совместных научно-практических исследований, направленных на улучшение организации и совершенствование работы психиатрической службы скорой медицинской помощи;

— участвовать в планировании научно-практической работы врачей;

— привлекать к работе научно-практического общества врачей скорой медицинской помощи города и области;

— не реже одного раза в год совместно с научно-исследовательскими и лечебно-профилактическими учреждениями города организовывать и проводить научно-практические конференции по актуальным вопросам психиатрии в скорой медицинской помощи, привлекая к непосредственному участию в них врачей скорой медицинской помощи.

Имеет право:

— выступать по поручению главного врача и его заместителя по медицинской части на собраниях, конференциях, совещаниях и давать указания по специальности;

— проверять состояние работы по своей специальности фельдшерских, линейных, БИТ и специализированных бригад скорой медицинской помощи;

— участвовать в подборе и расстановке кадров специализированных бригад, организации их подготовки, специализации и усовершенствовании;

— контролировать подготовку врачей скорой медицинской помощи по специальности.

Отвечает:

— за качество медицинской помощи психически больных на догоспитальном этапе;

— обеспечивает и постоянно совершенствует высокий уровень лечебно-диагностической работы врачей и среднего медицинского персонала станции, разрабатывает рациональную тактику при всех острых психических расстройствах;

— осуществляет постоянный контроль за внедрением и отвечает за применение всеми врачами на догоспитальном этапе современных методов диагностики и лечения психически больных в соответствии с положениями, узаконенными методическими указаниями и инструкциями;

— контролирует правильность госпитализации больных психиатрического профиля фельдшерами, врачами линейных бригад, БИТ и специализированных бригад в специализированные центры и отделения учреждений города;

— принимает активное участие в организации и проведении совместных совещаний с руководителями профильных стационаров и ПНД по обсуждению диагностических, лечебных и тактических ошибок, допускаемых врачами линейных, БИТ и специализированных бригад;

— согласовывает все вопросы о возможности организации и документального оформления научно-практических функциональных объединений специализированной службы СМП со специализированными отделениями, центрами, клиниками и НИИ для изучения состояния диагностики, лечения и тактики на догоспитальном этапе по отношению к больным психиатрического профиля;

— представляет главному врачу станции к 15 января справ-

ку-доклад по всем вышеперечисленным вопросам и разделам за прошлый год.

Заведующий подстанцией обеспечивает постоянное повышение квалификации врачей и средних медицинских работников по вопросам психиатрии и оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим в условиях скорой помощи.

С учетом специфики работы, для постоянного изучения контингента больных, заведующий службой выезжает на вызовы в качестве выездного психиатра и систематически контролирует работу врачебных и фельдшерских бригад на линии.

Заведующий подстанцией руководит всеми особо сложными госпитализациями, на которые выезжает в любое время суток в помощь дежурным психиатрам по их вызовам или по указанию главного психиатра органа управления здравоохранением.

Заведующий подстанцией консультирует все конфликтные и сложные случаи на месте вызова или в психиатрических и иных стационарах.

Каждый случай недобровольной госпитализации заведующий службой анализирует лично и при выявлении дефектов рассматривает в коллективе врачей.

Проводит анализ оперативных данных и случаев недобровольной госпитализации за сутки. Не реже двух раз в год выступает с информацией по данному вопросу на совещании руководителей психиатрических учреждений в аппарате управления здравоохранения.

О всех чрезвычайных происшествиях заведующий подстанцией обязан немедленно информировать главного врача станции скорой медицинской помощи и главного психиатра органа управления здравоохранением.

Старший врач-психиатр подстанции в своей работе руководствуется «Положением о подстанции скорой помощи» и должностной инструкцией.

В отсутствие заведующего подстанцией старший врач смены решает все практические вопросы, возникшие у выездного персонала на линии и дает необходимые консультации при обращении на подстанцию по вопросам экстренной психиатрической помощи. При необходимости в сложных и конфликтных случаях решает вопросы практической помощи врачебным и транспортным бригадам, выезжает на место вызова сам.

Старший врач-психиатр подстанции отвечает за постановку

и качество лечебно-диагностического процесса. Для этого он должен:

— проводить анализ тактических и диагностических ошибок в деятельности выездных бригад и принимать меры для их устранения;

— систематически осуществлять экспертную оценку медицинской документации выездных бригад, объема и качества оказания помощи, правильности диагностики, применения лекарств, показаний к госпитализации. Докладывать результаты анализа на медицинских конференциях, проводить индивидуальную работу с врачами и средними медицинскими работниками по выявленным недостаткам;

— осуществлять систематический контроль за работой на линии выездных бригад;

— участвовать в подготовке врачей и средних медработников к аттестации;

— анализировать каждый случай недобровольной госпитализации, доводить результаты анализа до сведения выездного медперсонала;

— обеспечивать и контролировать преемственность в работе подстанции с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

— рассматривать жалобы и заявления от населения на лечебную работу, анализировать их с последующей информацией медперсонала подстанции, руководства станции скорой помощи, главного психиатра органа управления здравоохранением.

Дежурный врач-психиатр скорой помощи. Дежурный (выездной) врач-психиатр скорой помощи по специальности находится в непосредственном подчинении заведующего психиатрической подстанцией, старшего врача-психиатра подстанции. Распоряжения руководителя органа управления здравоохранением администрации, его заместителей по лечебно-профилактической работе, главного врача станции скорой помощи, главного психиатра являются обязательными для исполнения дежурным психиатром. Однако лечебно-диагностические вопросы и вопросы госпитализации решаются только дежурным психиатром (карточка вызова во всех случаях оформляется через ответственного врача-психиатра «03»).

Находясь на вызове, дежурный психиатр подчиняется в оперативном плане ответственному врачу центральной подстанции.

Врач психиатрической бригады является старшим бригады на данную смену и отвечает за все действия бригады. При заступлении на смену обязан принять врачебную сумку, расписаться в

журнале дежурного наряда, принять рапорт от старшего фельдшера бригады о приеме имущества, санитарного состояния машины, исправности радиотелефона, сидений, носилок и проведении медицинского осмотра водителя.

При получении вызова врач должен ознакомить членов бригады с адресом больного, его фамилией и возрастом, предупредить об особенностях вызова, если они указаны (вооружен, агрессивен, закрылся и т. д.).

На месте вызова врач производит осмотр больного, устанавливает диагноз (синдром) в соответствии с принятой номенклатурой психических заболеваний, по показаниям оказывает необходимую медицинскую помощь в полном объеме и решает вопрос о необходимости доставки его в приемное отделение стационара. При осмотре особое внимание следует уделять телесным повреждениям, особенно в случаях, когда больной был ограничен до прибытия бригады. Все повреждения должны быть отмечены в истории болезни, а при доставке в приемное отделение ПНБ — в направлении.

По закону Российской Федерации «О психиатрической помощи населению и гарантиях прав граждан при ее оказании» больному с психическими (невротическими) расстройствами обеспечено право самому решать вопрос о доставке в приемное отделение ПНБ. Полученное согласие на доставку в приемное отделение ПНБ оформляется записью в медицинской документации (история болезни и сопроводительный лист).

Несовершеннолетние в возрасте до 15 лет доставляются в приемное отделение психоневрологических стационаров по просьбе или с согласия их законных представителей.

Пациенты, признанные в установленном законом порядке недееспособными, доставляются в приемные отделения психиатрических стационаров по просьбе или с согласия их законных представителей.

Для лиц с острыми психическими расстройствами (психозы) вопрос доставки в приемные отделения психиатрических стационаров решается только врачом-психиатром с учетом степени опасности заболевания для больного и окружающих лиц.

Скорой психиатрической помощью осуществляется два вида доставки больного в приемные отделения психиатрических стационаров: добровольная и недобровольная.

Принимая решение о доставке больного в приемные отделения психиатрических стационаров, врач-психиатр скорой помощи должен руководствоваться принципами гуманизма — оказать помощь больному, приостановить течение и обострение болезни;

при этом руководствоваться врачебной совестью и уровнем психиатрических знаний.

Основными показаниями для доставки больного по скорой помощи в приемные отделения психиатрических больниц служат психические заболевания, синдромы, состояния, перечисленные в разделе «Показания для направления бригад скорой психиатрической помощи».

Основанием для доставки больного в приемные отделения психиатрических стационаров по скорой помощи являются: расстройства сознания с психомоторным возбуждением, суицидальными тенденциями и проявлениями, аффективные реакции с агрессивными и разрушительными действиями, наличие императивных галлюцинаций и других психических расстройств, угрожающих жизни и здоровью людей.

Доставка в приемные отделения психиатрических стационаров при психических расстройствах, угрожающих здоровью и возможностью суицидных и агрессивных действий больного, осуществляется с ведома и согласия родственников, опекунов и самого больного, о чем делается специальная запись в истории болезни.

Недобровольная доставка в приемные отделения психиатрических стационаров без согласия больного, родственников, опекунов или иных окружающих больных лиц производится в соответствии с Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ст. № 29.

Пациент, страдающий психическим расстройством, может быть госпитализирован в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи.

При наличии сопротивления госпитализации со стороны больного и его родственников необходимо обратиться за помощью к работникам УВД через ответственного психиатра «03».

Врач-психиатр с места вызова через «03» вызывает в помощь милицию, пожарных для проведения осмотра и доставки в при-

емное отделение психоневрологической больницы в следующих основных случаях.

- Больной заперся или забаррикадировался в комнате (квартире) или ином помещении, или изолировал родственников (соседей или иных лиц) и угрожает им расправой.
- Больной угрожает самоубийством.
- Больной вооружен огнестрельным или холодным оружием, или тяжелыми предметами, представляющими опасность для окружающих или медицинского персонала.
- В комнате больного находится собака, препятствующая действиям бригады.
- Больной находится на высоте: крыша, карниз, балкон и др. и отказывается спуститься по требованию врача или работников милиции и угрожает самоубийством при попытке к нему приблизиться.
- Больной находится в служебном помещении (цех, лаборатория и др.) и угрожает применить для обороны находящиеся рядом предметы оборудования, щелочи, кислоты, газ, электроток и т. п.

В особо сложных случаях дежурный психиатр имеет право также вызвать в помощь себе заведующего психиатрической подстанцией скорой помощи, старшего врача, дополнительные врачебную или транспортные бригады психиатрической службы.

Сотрудники органов внутренних дел обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольного осмотра и доставки в приемное отделение психиатрического стационара, принимать меры к пресечению действий психически больного, угрожающих жизни и здоровью медицинских работников, пресекать попытки скрыться от них и осуществлять меры, исключающие причинение телесных повреждений и иного вреда посторонним гражданам, т. е. обеспечивают безопасные условия для доступа к психически больному и его осмотру. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого пациента или других лиц, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом РФ «О милиции».

- Во всех случаях вызванный наряд милиции входит в помещение к больному первым.
- Во всех случаях, за исключением специально оговоренных в инструкции по недобровольной доставке больного в приемное отделение ПНБ, руководство госпитализацией осуществляет дежурный (выездной) врач-психиатр.
- Во всех случаях недобровольной доставки в приемное отделение ПНБ дежурный психиатр имеет право обращаться за помо-

щью в милицию и в пожарную охрану через ответственного врача или лично, через ответственных дежурных этих служб либо прокурора города.

При транспортировке больного в стационар врач контролирует действия фельдшеров, назначает по экстренным показаниям лечебные процедуры, включая купирование острого психомоторного возбуждения.

В приемном отделении ПНБ врач заполняет направление на госпитализацию. В направлении приводятся краткие анамнестические сведения, обосновывается причина госпитализации, описывается психический статус и, если имеются, телесные повреждения. Если вводились медикаментозные средства, указывается время, когда были сделаны инъекции. При недобровольной доставке в приемное отделение ПНБ ссылка на нее в истории болезни и направлении обязательна.

Если больной не нуждается в срочной доставке в приемное отделение ПНБ по скорой помощи, после осмотра и оказания необходимой консультативной и лечебной помощи дежурный психиатр оставляет необходимые рекомендации, а в соматических стационарах — запись назначений в истории болезни больного. Для обеспечения преемственности в лечении в соматических стационарах назначается повторная консультация психиатра в плановом порядке, а к больным, оставленным дома, в районные ПНД передается активный вызов участкового врача-психиатра. Вызов передается в установленной форме и фиксируется в «Журнале передачи активных вызовов в ПНД».

На каждый вызов заполняются «карты вызова врача-психиатра» скорой помощи (история болезни), которые сдаются начмеду службы по окончании дежурства (Приложение I и Ia).

По окончании дежурства врач сдает отчет с указанием числа выполненных вызовов, госпитализации, проделанных медицинских манипуляций, пополняет истраченные медикаменты и докладывает на утренней конференции о всех особенностях, наблюдавшихся во время дежурства, и всех больных, оставленных на месте вызова.

Врачебные бригады психиатрической службы выезжают на вызовы в автомашинах скорой помощи общего типа с надписью «Специализированная скорая медицинская помощь».

Работа психиатром скорой медицинской помощи требует от врача высокой профессиональной подготовки, умения оказать экстренную медицинскую помощь по жизненным показаниям в случаях остановки в пути и на месте вызова, высокой степени оперативного мышления, знания основ правового и уголовного зако-

нодательства, совершенного знания инструкций, положений, приказов, регламентирующих работу всех служб скорой помощи и психоневрологических учреждений города. Постоянное повышение квалификации, посещение конференций, лекций, занятий, лечебно-контрольных комиссий, проводимых на скорой помощи и по планам психиатрической службы, является обязательным.

Усовершенствование 1 раз в 5 лет по общим вопросам психиатрии, психотерапии или по вопросам оказания соматической помощи — является обязательным.

Психиатры скорой помощи обязаны не реже одного раза в год проводить занятия по вопросам неотложной психиатрической помощи на соматических подстанциях скорой помощи по графику, утвержденному заведующим подстанцией.

Обязанности фельдшера при работе в составе врачебных бригад.

В составе бригады с врачом работают два средних медицинских работника, имеющие первичную специализацию и допуск к работе с психически больными. Один из фельдшеров распоряжением заведующего подстанцией назначается старшим на данную рабочую смену.

Все члены бригады несут равную ответственность за безопасность друг друга.

Оставлять врача наедине с больным без его особого распоряжения не разрешается.

В исключительных случаях в связи с производственной необходимостью администрация подстанции может разрешить работать бригаде в неполном составе при получении на это согласия членов бригады.

Все указания врача во время работы на выезде должны выполняться безоговорочно.

До начала работы оба члена бригады должны принять медицинское имущество, проверить санитарное состояние автомашины и исправность ее внутреннего оборудования (сидений, носилок, освещения в салоне), работу средств связи на прием и передачу сигналов.

Об обнаруженных неисправностях старший фельдшер бригады докладывает врачу и диспетчеру подстанции.

При вызове на квартиру первым входит старший фельдшер бригады, вторым врач и третьим второй фельдшер с врачебной сумкой.

На месте вызова фельдшер должен исключить возможность агрессивных и суицидных действий больного и его стремление к самотравматизации. Так как при каждом вызове в составе вра-

чебной бригады можно ожидать подобных действий больного, члены бригады должны быть постоянно предельно бдительны. Посторонние разговоры на вызове недопустимы. В помещении оба фельдшера находятся по обе стороны от больного в непосредственной близости от него. Все тяжелые и острые предметы необходимо убрать, не привлекая внимания больного.

Если больной находится в состоянии психомоторного возбуждения, недоступен контакту и проявляет агрессивные или суицидные действия, то по указанию врача применяются приемы физического ограничения табельными средствами, принятыми в психиатрической практике.

Оба фельдшера бригады проводят все манипуляции по назначению врача: инъекции, повязки, дача кислорода с помощью аппарата КИ-3М, детоксионная терапия, транспортная иммобилизация, транспортировка на носилках и др.

При транспортировке больного оба фельдшера находятся в салоне машины рядом с больным, исключая возможность побега, самотравматизации или агрессии, при необходимости уточняя, пополняя и выясняя у больного мотивы и особенности его неправильного поведения, характер зрительных и слуховых обманов, отвлекая его беседой от тягостных переживаний. Дружелюбное и участливое отношение к больному на первом, догоспитальном этапе его лечения имеет большое психотерапевтическое значение.

По назначению врача могут проводиться инъекции для купирования возбуждения.

В приемном отделении оба фельдшера вместе с врачом участвуют в передаче больного персоналу приемного отделения, обращая внимание дежурного персонала приемного отделения на особенности поведения больного, участвуют в передаче и оформлении имеющихся при больном документов и ценностей. Выходить из приемного отделения без разрешения врача не разрешается. По окончании дежурства оба фельдшера сдают медицинское имущество диспетчеру станции или передают его новой смене фельдшеров.

Старший фельдшер бригады помимо вышеперечисленных обязанностей по окончании смены сдает копии актов документов, ценностей, денег, сданных в приемных отделениях при госпитализации больных, диспетчеру подстанции.

Старший фельдшер психиатрической подстанции руководит работой фельдшерского и младшего медицинского персонала службы.

Основные обязанности старшего фельдшера подстанции определены инструкциями и положениями станции скорой помо-

щи. Он отвечает за состояние и правильность ведения медицинской документации и журналов диспетчерской службы, медицинское имущество и аппаратуру, хранение лекарственных средств и их пополнение.

Обеспечивает составление графиков работы среднего и младшего медицинского персонала и их выполнение. Старший фельдшер подчиняется непосредственно заведующему подстанцией.

Диспетчер подстанции. Основные обязанности диспетчера подстанции скорой медицинской помощи определены инструкциями и положениями станции СМП.

Диспетчер психиатрической подстанции выполняет следующие обязанности, связанные со спецификой службы:

— сообщает в районные ПНД о всех случаях несостоявшейся госпитализации по заявкам врачей-психиатров ПНД, поступившим после 21 ч (по рапортам старших фельдшеров транспортных бригад);

— передает активные вызовы в ПНД к больным, оставленным на месте дежурными психиатрами психиатрической службы скорой помощи, выезжавшими после 21 ч и закончившими работу до 9.00 ч (по журналу передачи активных вызовов в районные ПНД);

— докладывает на утренних конференциях о всех особых случаях, отмеченных в работе транспортных бригад, закончивших смену до начала конференции (отказы от госпитализации, производственный травматизм, выход на линию и др.);

— диспетчер должен знать действующий на данное время приказ органа управления здравоохранением о районировании психиатрических больниц и давать соответствующую информацию медицинским работникам при их обращении за справками.

IV. Организация оперативной работы скорой психиатрической помощи

Ответственный врач-психиатр оперативного центра «03», являясь помощником ответственного дежурного врача по психиатрии, осуществляет оперативное и тактическое руководство дежурным нарядом врачебных и транспортных психиатрических бригад.

Ответственный врач-психиатр (функционально) подчиняется

ответственному дежурному врачу оперативного центра, администрации станции скорой помощи, по специальности — внештатному главному специалисту — психиатру скорой помощи — заведующему психиатрической подстанцией.

Подбор ответственных дежурных врачей-психиатров «03» и составление графика их работы производится внештатным главным специалистом психиатром (заведующим подстанцией) станции скорой медицинской помощи.

К работе в качестве ответственного врача-психиатра «03» допускаются врачи специализированной психиатрической службы скорой медицинской помощи, имеющие стаж выездной работы не менее пяти лет, первую и высшую квалификационные категории по специальности, знакомые с сетью лечебных учреждений психиатрического профиля, топографией города и дислокацией бригад по зонам.

В непосредственном подчинении ответственного врача-психиатра «03» находятся: дежурный диспетчер направления, диспетчер подстанции и выездной медицинский персонал психиатрической службы скорой помощи. Во время отсутствия внештатного главного специалиста-психиатра — заведующего психиатрической подстанцией — и старшего врача ответственному врачу-психиатру «03» подчиняется весь медицинский персонал психиатрической службы ССМП.

Распоряжения руководителя органа управления здравоохранением, его заместителей по лечебно-профилактической работе и главного психиатра об оказании скорой психиатрической помощи нуждающимся, переданные через ответственного дежурного психиатра «03», являются обязательными для исполнения дежурным нарядом.

Ответственный дежурный психиатр «03»:

1. Осуществляет прием психиатрических вызовов и контролирует их выполнение выездными врачами-психиатрами.

2. Оперативно управляет всеми бригадами специализированной психиатрической службы скорой помощи и контролирует их работу.

3. Дает отказ в направлении психиатрической бригады, если не находит показаний для срочной консультации и оказания экстренной медицинской помощи.

4. Рекомендует лицам, вызывающим психиатра к больным, состоящим на психиатрическом учете, не нуждающимся в срочной госпитализации, обращаться в районные ПНД (в дневное

время и часы работы ПНД), в отдельных случаях, при повторных обращениях, сам передает вызовы к учетным больным в ПНД.

5. Ведет записи в журнале оперативного центра, где фиксирует все случаи отказа в направлении бригад психиатрической скорой помощи, причины отказа, рекомендации.

6. Направляет наряды милиции и пожарной команды (через дежурного «01» и «02») в помощь психиатрическим бригадам скорой помощи, врачам-психиатрам ПНД в случаях необходимости или при обращении на «03».

7. Направляет в помощь дополнительные врачебные или транспортные бригады.

8. Консультирует дежурных врачей-психиатров, врачей скорой помощи, старшего наряда психиатрического транспорта при их обращении за советом и помощью.

9. Консультирует медицинских работников всей соматической сети города при их обращении на «03» по поводу лиц с неправильным поведением, обусловленным болезненным состоянием.

10. Консультирует работников УВД при их обращении на «03» по поводу лиц с неправильным поведением, обусловленным болезненным состоянием.

11. Производит осмотр лиц с неправильным поведением при их обращении в орган управления здравоохранением и управление скорой помощи.

12. Поддерживает тесные контакты с диспетчерами направления. При необходимости (если большой поток вызовов) определяет первоочередность направления врачебных и транспортных бригад.

13. Поддерживает связь по телефону с приемными отделениями ПНБ и ПНД по вопросам профильности и районирования госпитализации, качества оказания медицинской помощи, своевременности приема больных. Разрешает спорные вопросы между приемными отделениями ПНБ, ПНД и бригадами специализированной психиатрической службы скорой помощи.

14. В случаях поступления жалоб на работу медперсонала психиатрической службы скорой помощи — принимает меры к их расследованию и своевременно информирует заведующего психиатрической подстанцией скорой помощи и старшего дежурного врача.

15. При обращении сотрудников диспансеров (врач и медсестра) с информацией о том, что они вызвали сантранспорт и находятся у больного, принимает меры для направления бригад по указанным адресам вне очереди (если имеется поток вызовов).

16. При обращении по поводу неправильного поведения лиц пожилого и старческого возраста, не состоящих на учете в ПНД, имеет право передать вызов или адресовать вызывающих в отделения неотложной помощи (ОНП) поликлиник по месту жительства для вызова врача бригады ОНП с целью предварительного исключения соматогенных причин расстройств поведения. К одиноким больным с агрессивными и суицидными тенденциями направляет бригаду СПП.

17. Бригады соматической скорой помощи имеют право доставлять психически больных в приемные отделения ПНБ только в исключительных случаях после консультации с ответственным психиатром «03», который, в соответствии с пропиской больного, указывает стационар и предупреждает дежурный персонал приемного отделения ПБ о доставке больного силами непсихиатрической бригады.

V. Порядок приема вызовов бригад скорой психиатрической помощи

Прием вызовов для направления бригад психиатрической скорой помощи осуществляет ответственный врач-психиатр «03».

При обращении вызывающих непосредственно на подстанцию скорой психиатрической помощи, вопрос о приеме или отказе в выезде решает старший врач смены или дежурный психиатр и сообщает о принятом решении ответственному врачу.

Вызовы принимаются:

— от медицинских работников;

— от руководителей предприятий, учреждений, организаций (при отсутствии медицинских работников);

— от работников милиции;

— от прямых родственников больных;

— как исключение вызовы могут приниматься от других лиц в случаях, когда больной проживает один, или прямые родственники больного, находясь с ним, не могут сами обратиться за помощью и просят об этом окружающих;

— в случаях общественно опасных действий больного.

Вызовы не принимаются:

— от посторонних лиц по их инициативе, если больной на-

ходится дома, проживает с прямыми родственниками и они не считают необходимым обратиться в скорую помощь;

— на улице от посторонних лиц. В таких случаях рекомендуется вызвать милицию.

Алгоритм приема психиатрических вызовов ответственным дежурным врачом-психиатром «03» станции скорой медицинской помощи

Повод обращения к врачу-психиатру скорой медицинской помощи. При обоснованном обращении:

1. *Блок клинических данных:*
— рисунок поведения пациента;
— ориентировка;
— обманы восприятия (галлюцинации): зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые;
— бредовые идеи: преследования, ревности, отравления и др.
2. *Блок анамнестических данных:*
— лечился ли в психиатрических больницах;
— последняя госпитализация;
— инвалидность;
— состоит ли на учете у нарколога, психиатра;
— алкоголизируется;
— сколько дней запой;
— последний прием алкоголя;
— бессонница;
3. *Блок паспортных данных:*
— район;
— адрес;
— фамилия, имя, отчество больного, возраст;
— кто вызывает;
— откуда звоните;
4. *Особенности:*
— противится госпитализации;
— физически сильный, спортсмен;
— вооружается;
— убегает;
— в квартире собака;
— заложники;
5. *Врач повторяет адрес:*
— вызов принят;
— встречайте.



VI. Оформление вызова к психиатрическому больному

При приеме вызова к больному с острым психическим расстройством фельдшер поста приема-передачи вызовов (диспетчер) или дежурный ответственный врач-психиатр (где предусмотрена эта должность) заполняет карту вызова, где указываются: район, точный адрес с указанием подъезда, этажа; фамилия, имя, отчестство, пол, возраст больного; фамилия и должность (или родственные отношения) вызывающего и место их нахождения, номер квартиры, кабинета, телефон. Если больной агрессивен, вооружен, закрылся, проявляет суицидные намерения, то в карточке фиксируются эти обстоятельства соответствующими надписями и цветным карандашом. Вызовы, отмеченные такими грифами, обслуживаются в первую очередь. При необходимости ответственный врач-психиатр принимает решение о направлении в данных случаях милиции, пожарных (Закон РФ «О милиции»).

При ведении картотечного учета вызовов к больным с психическими нарушениями опыт Скорой психиатрической помощи Санкт-Петербурга позволяет рекомендовать типовую форму учетной карточки.

Эта форма может использоваться и в компьютерной базе данных.

	№ Адрес 1.	Район 2.	15. Время передачи
	ВХОД: с улицы, со двора; направо, налево, прямо; этаж___ корпус___ флигель___ подъезд___		
	Фамилия Имя М. Ж. Возраст	Место вызова 3.	Прич. задер. 4.
	Повод к вызову	Раб № диспет. 5.	Время проезд. 6.
14. Время приема	Кто вызывает тел.		
	Алкогольное опьянение 7. Причина травмы 8.	№ станции 9.	№ маш.
13. Время исполнения	Диагноз: 10.	Врач	
	Результат выезда 11. Больница	Кем выполнен 12.	Кто передал

При оформлении карты вызова психиатрической бригады к вооруженному больному не следует употреблять фразы «направлена милиция», «вызвана милиция», а указать: «на адресе ждет милиция» или «заехать за милицией».

VII. Показания для направления бригад скорой психиатрической помощи

Основными показаниями для направления бригад скорой психиатрической помощи являются:

1. Общественно опасные действия психически больных, выражающиеся в агрессии, угрозах убийством, разрушительных действиях, суицидных намерениях и стремлении к самотравматизации.

2. Психотические состояния и острое психомоторное возбуждение, ведущие к общественно опасным действиям:

— галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдромы расстроенного сознания, тяжелые дисфории, патологическая импульсивность;

— систематизированные бредовые синдромы, если они определяют общественно опасное действие больного;

— депрессивные состояния, если они сопровождаются суицидными тенденциями;

— острые алкогольные психозы, а также психотические компоненты абстинентного синдрома (не только алкогольного);

— общественно опасные действия психически больных, имеющих группу инвалидности по психоВТЭК, состоящих на психоучете и находящихся в состоянии алкогольного опьянения;

— маниакальные и гипоманиакальные состояния, обусловливающие грубые нарушения общественного порядка, переоценку своих профессиональных и финансовых возможностей, сексуальную расторможенность или агрессивные и садистические проявления относительно окружающих, в том числе асоциальные домогательства в отношении «объекта любви»;

— острые психические состояния и острые аффективные реакции психопатических личностей, олигофренов, больных с органическими заболеваниями головного мозга, сопровождающиеся возбуждением или агрессией;

— суицидные попытки лиц, состоящих и не состоящих на психиатрическом учете, не нуждающихся в соматической помощи;

— состояния глубокого психического дефекта, обусловливающие психическую беспомощность, гигиеническую и со-

циальную запущенность, бродяжничество, находящихся в общественных местах.

3. Реактивные состояния с признаками депрессии и суицидальными или агрессивными проявлениями.

4. Послеродовые психозы.

Не являются показаниями для направления бригад скорой психиатрической помощи:

1. Алкогольное опьянение любой степени, независимо от характера поведения лица, находящегося в состоянии опьянения (за исключением психически больных, инвалидов по психоВТЭК).

2. Острые интоксикации без психических нарушений, вызванные наркотическими и другими веществами.

3. Не психические (соматические) варианты абстинентного синдрома.

4. Острые аффективные (ситуационные) реакции у лиц, не представляющих опасности для окружающих, не состоящих на психиатрическом учете (конфликтные ситуации на работе, в семье, в быту).

5. Антиобщественные действия лиц, не состоящих на психиатрическом учете.

6. Хронический алкоголизм с установкой на госпитализацию, а также при направлении на плановое лечение.

7. Плановые консультации психически больных, находящихся в соматических стационарах (консультативная психиатрическая помощь в соматических стационарах оказывается врачом-психиатром-консультантом соответствующего стационара, указанные врачи в методическом плане подчиняются главному психиатру города, в случае отсутствия в стационаре консультанта консультативную помощь оказывают врачи-психиатры районного ПНД).

8. Вызовы в органы УВД с экспертными целями.

9. Вызовы к психически больным по месту их проживания, отпущенным из психиатрической больницы в «пробный отпуск», при отсутствии угрозы для жизни больного и окружающих лиц.

VIII. Прием заявок на перевозку психически больных психиатрическим транспортом без врача

Прием заявок на перевозку психически больных без сопровождения врача осуществляется диспетчером бюро госпитализации центральной подстанции.

Заявки на перевозку психически больных принимаются от психиатров ПНД, психиатров-консультантов соматических больниц и других медицинских учреждений города, от родственников больного, в случаях «до звонка».

Все перевозки психически больных являются экстренными.

Заявки на перевозку психически больных могут поступать в следующих вариантах:

а) для срочной госпитализации;

б) «до звонка» — в этих случаях врач дает заявку на перевозку, выдает на руки родственникам направление с указанием телефона, по которому родственники должны позвонить, после чего транспорт выезжает для госпитализации; подобные заявки действуют в течение двух суток; поступление больного в стационар или изъятие неиспользованного направления контролируется врачом, его выдавшим;

в) на определенное время.

При заполнении вызовной карточки отмечаются: фамилия, имя, отчество, возраст больного. Фамилия и место работы врача передавшего заявку (телефон). Точный адрес больного с указанием подъезда, этажа. Диагноз направления. Особенности случая (негативное отношение к медицинскому персоналу, физически здоровый, вооружается, баррикадируется и т. д.). Указание места госпитализации (если указанный стационар не соответствует месту районирования, то старший фельдшер бригады должен проверить достоверность договоренности, позвонив в приемное отделение ПНБ).

Врач или медицинская сестра ПНД обязаны присутствовать, если госпитализация по санитарному транспорту является недобровольной, если больной вооружен, угрожает убийством, самоубийством или одинокий. В этих случаях вместе с заявкой на санитарный транспорт вызывающий сотрудник ПНД сообщает дежурному ответственному психиатру «03» о том, что по данному адресу ждут работники ПНД.

В случаях поступления информации к ответственному врачу-психиатру «03» о том, что дана заявка на перевозку и врач или медицинская сестра находятся на адресе, — санитарный транспорт посылается вне очереди.

В необходимых случаях, по просьбе вызывающего врача, одновременно с санитарным транспортом могут быть направлены по указанному адресу милиция, пожарные.

Во всех случаях при приеме заявок на транспортные перевозки диспетчер обязан уточнить у вызывающего, у кого находится направление и указать это в карточке.

IX. Правила направления врачебных и фельдшерских бригад психиатрической службы скорой помощи (для фельдшеров поста приема-передачи вызовов)

При направлении врачебных бригад скорой и психиатрической помощи. При большом скоплении вызовов на «психоз», в первую очередь, независимо от времени поступления вызова, следует направлять бригаду с врачом-психиатром в следующих случаях.

• К больным, на вызовной карточке которых стоит гриф, указывающий на общественную опасность больного («СО» — соцопасен, в том числе «закрылся», «вооружен», «суицидные намерения» и пр.).

• К больным, находящимся в административных учреждениях, на рабочем месте, на улице, в медицинских учреждениях внебольничной сети (медпунктах предприятий, учреждений, поликлиниках) и в других общественных местах.

• К больным, находящимся в чужих квартирах, если имеется соответствующая пометка на вызовной карточке.

• В последнюю очередь бригады направляются в органы милиции, где больные изолированы от окружающих, и в медицинские стационары, где имеется возможность первичного купирования психомоторного возбуждения (предварительно проконсультировавшись с ответственным психиатром «03») и обеспечен медицинский надзор.

При прочих равных условиях, в первую очередь следует направлять бригаду с врачом-психиатром к более молодым больным, как представляющим большую социальную опасность.

При направлении транспортных бригад психиатрической службы. Первоочередной госпитализации подлежат больные, на вызовной карточке которых стоит гриф «НГ» (недобровольная госпитализация), «СО» (социально опасен) или имеется указание, что «ждет врач» или «ждет медицинская сестра».

• Срочной госпитализации подлежат также больные, находящиеся на производстве, в административных органах и общественных местах.

• В первую очередь подлежат госпитализации больные более молодого возраста с процессуальными заболеваниями и алкогольными психозами.

• Больные пожилого и старческого возраста, находящиеся в условиях квартиры, госпитализируются в последнюю очередь.

Госпитализация из ПНД должна быть, по возможности, выполнена в течение рабочего времени психоневрологического диспансера, регламентированного вышестоящими органами управления.

Транспортные вызовы за пределами города должны безотлагательно обеспечиваться сразу по мере их поступления, не откладываясь на ночное время.

При передаче вызова диспетчеру подстанции, врачу-психиатру или старшему фельдшеру транспортной бригады обязательно указывать все вышеперечисленные особые памятки на вызовной карточке.

При передаче «с пути» врачу «03» необходимо указывать время приема вызова и имеющуюся задержку.

Транспортные бригады психиатрической службы укомплектованы из расчета 2 фельдшера для перевозки одного больного. Поэтому перевозка двух и более больных, что в отдельных случаях наблюдается, допускается только с добровольного и обоюдного согласия обоих членов бригады, под их личную ответственность и с учетом конкретной ситуации на месте.

Диспетчер направления психиатрических бригад непосредственно подчиняется ответственному врачу-психиатру «03».

X. Порядок выезда бригад скорой психиатрической помощи

Бригады скорой психиатрической помощи выезжают:

— в учреждения, предприятия, организации, общественные места, на улицу — круглосуточно;

— в будние дни с 9.00 до 19.00 ч больных, состоящих на учете и находящихся на дому, обслуживают районные ПНД. При обращении в диспансер родственников больных и других лиц с просьбой посетить учетного больного на дому, диспансер не имеет права отказать или переадресовать вызывающих в скорую помощь. График работы диспансеров по праздничным дням сообщается оргметодотделом по психиатрии органа управления здравоохранением;

— скорая психиатрическая помощь выезжает на квартиры к учетным больным круглосуточно в случае резкого обострения состояния, включающего в себя: агрессивные или суицидные намерения, психомоторные возбуждения, все случаи нарушения сознания;

— круглосуточно к больным, находящимся в чужих квартирах;

— в органы УВД круглосуточно к больным, не состоящим на учете в ПНД. К больным, состоящим на учете, но проживающим в других районах города; к иногородним больным и больным без определенного места жительства. К больным, состоящим на учете в ПНД одного района с милицией вызовы принимаются только с 19.00 до 9.00, в дневное время этих больных консультируют врачи-психиатры районных ПНД;

— к лицам, не состоящим на учете в ПНД и проявляющим общественно опасные действия, обусловленные психическим заболеванием — круглосуточно;

— в соматические стационары на консультации только в дни отсутствия штатных психиатров-консультантов;

— круглосуточно, в будние, субботние и праздничные дни вызовы выполняются только после закрытия ПНД и за исключением часов, в которые консультируют штатные врачи-консультанты;

— в случае психомоторного возбуждения больного с агрессивными и суицидальными тенденциями вызовы в соматические стационары выполняются круглосуточно;

— к лицам с неправильным поведением, не состоящим на психиатрическом учете в ПНД, поступившим в соматические стационары и в органы УВД в состоянии алкогольного опьянения, вызовы принимаются и выполняются не ранее 12 ч с момента приема алкоголя;

— в приемные отделения соматических стационаров — круглосуточно;

— в воинские части психиатры скорой помощи выезжают к гражданским лицам, к военнослужащим — только по срочному вызову и с разрешения командования части. В общественные места и квартиры к военнослужащим выезжают по общим показаниям.

XI. О тактике врача-психиатра на вызове

При вызове к больным с суицидальными проявлениями (самопорезы, самоповешение, принятие больших доз токсических препаратов и др.) врачу-психиатру необходимо дифференцировать параноидные расстройства различного генеза (шизофрения, сенильные, интоксикационные и т. д. психозы) и реактивные состояния. Опыт показывает, что наиболее часто суицидные действия совершают лица с патологией характера в психотравмирующих ситуациях на фоне более или менее выраженного аффекта и депрессии. Наличие у больного реактивного состояния с

суицидальными действиями является основанием для доставки его в приемное отделение психиатрической больницы в целях уточнения диагноза и оценки психического заболевания с позиции угрозы для жизни больного.

При наличии реактивного состояния и тяжелых соматических самоповреждений лиц, нуждающихся в экстренной соматической помощи, необходимо госпитализировать в соответствующий соматический стационар с установлением индивидуального поста, усиленного наблюдения и обеспечением необходимого психиатрического лечения.

В соматические больницы (специализированные отделения или психосоматические отделения) скорая психиатрическая помощь направляет больных с психическими расстройствами, у которых имеются острые соматические заболевания или тяжелые травмы, требующие специализированной соматической помощи.

В соматические стационары врач-психиатр выезжает в качестве консультанта. Это накладывает на него особую ответственность, так как от назначений и выводов психиатра может зависеть работа целого отделения, которую один психически больной может полностью дезорганизовать.

Перед осмотром больного следует ознакомиться с его историей болезни с момента поступления и выяснить у дежурного врача, среднего медицинского персонала и при возможности у соседей больного по палате особенности его неправильного поведения.

Осмотр больного, если позволяет его соматическое состояние, производится в ординаторской. Помимо психического статуса необходимо уточнить соматическое состояние больного. Если принято решение о переводе в психиатрическую больницу, дежурный врач должен представить переводной эпикриз, в котором обязательно указать на то, что больной транспортабелен, может находиться в условиях психиатрического стационара, т. е. не нуждается в данное время в специализированной хирургической, терапевтической или иной непсихиатрической помощи. Должны быть отражены рекомендации по лечению соматического заболевания. В эпикризе или в отдельном акте должны быть указаны ценности и деньги, имеющиеся при больном, запись о них заверяется дежурным врачом и палатной медсестрой. Больной должен быть одет по сезону, в зимнее время обязательны головной убор, пальто или теплый стеганый халат, носки, обувь. В больничной истории психиатр записывает консультацию с указанием времени осмотра и номер больницы, куда переводится больной. Если психоз развился в острой стадии соматического заболевания или в послеоперационном периоде и у психиатра имеются

серьезные сомнения в транспортабельности больного, а врач стационара настаивает на его переводе, переводной эпикриз должен быть подписан двумя врачами стационара. Психиатр должен сделать в этих случаях запись в больничной истории, отражающую его особое мнение по поводу перевода. Если больной в состоянии психоза и по соматическому состоянию не может быть переведен в психиатрическую больницу, в назначениях должен быть указан индивидуальный пост, перевод на 1 этаж или в специализированный изолятор и повторная консультация психиатра на следующий день в плановом порядке.

При вызовах по месту жительства больного, если больной закрылся в комнате или квартире и родственники не дают согласие на принудительный доступ к больному, несмотря на явно патологическое, по их описанию, его поведение, в истории болезни фиксируется этот факт.

В ПНД передается активный вызов участкового психиатра. Разрешение на вскрытие дверей в помещение, где находится психически больной, психиатр дает только с согласия родственников. Двери вскрывают родственники или иные лица по их просьбе, включая представителей милиции и пожарных. При вскрытии дверей у одиноких больных обязательно (!) присутствие работников милиции, представителей ЖЭК для опечатывания дверей. Домашние животные из комнаты одиноких больных, подлежащих госпитализации, сдаются представителям милиции или ЖЭК, и факт передачи заверяется актом.

При выезде на предприятия, в учреждения и организации осмотр больных должен производиться в помещении медицинского пункта или в административных помещениях (отделы, конторы и т. д.), где больной лишен возможности оказать вооруженное сопротивление. Осмотр в цехах и производственных помещениях производится в исключительных случаях и только в присутствии администрации предприятия и местных медицинских работников. При выезде на улицу, если больной по какой-то причине не фиксирован и убегает при виде медицинских работников, преследование убегающего недопустимо во избежание дорожно-транспортных происшествий (!). О факте побега больного немедленно информируется ответственный врач ССМП.

При передаче больного в соматический стационар наблюдение за ним бригадой скорой помощи осуществляется до передачи его медицинскому персоналу больницы в приемном покое. Прием документации и больного осуществляется дежурным врачом соматического стационара. В сопроводительных документах следует указать: психиатрический диагноз и вид наблюдения за бо-

льным, виды неотложной терапии и способы купирования психомоторного возбуждения, срок вызова психиатра для очередного осмотра и оценки психического состояния.

XII. Распознавание острых психических расстройств при оказании скорой психиатрической помощи

Оказание скорой психиатрической помощи проводится на основании распознавания и идентификации острых психических расстройств. Для распознавания острого психического расстройства необходимо владеть навыками выявления и оценки психопатологических симптомов — первичных признаков патологического состояния организма.

Для идентификации острых психических расстройств знания отдельных симптомов недостаточно. Совокупности закономерно связанных между собой симптомов образуют психопатологические синдромы. Синдром, который в данный момент определяет психический статус больного, является клинической единицей. Синдромы неспецифичны; один и тот же симптомокомплекс может встречаться при различных заболеваниях; в то же время отдельные синдромы имеют предпочтительность относительно отдельных заболеваний и клинических групп.

Симптомы психических болезней

А. Расстройства восприятия.

1. *Гиперестезия* — общее усиление интенсивности различных ощущений.

2. *Гипестезия* — общее ослабление интенсивности ощущений.

3. *Сенестопатии* — это интенсивные и обычно крайне тягостно переживаемые больным неприятные ощущения в различных частях тела. Чаще всего они встречаются при соматогенных, инфекционных, сосудистых, инволюционных и органических психозах.

4. *Иллюзии* — извращенное восприятие реально существующего объекта. Выделяются аффективные, вербальные и парейдолические иллюзии.

Иллюзии — расстройства восприятия, когда реальные явления или предметы воспринимаются человеком в измененном, ошибочном виде.

Иллюзии, связанные с нарушением психической деятельности, подразделяются на аффективные, или аффектогенные, вербальные и парейдолические.

а) аффективные (аффектогенные) иллюзии возникают под влиянием сильного чувства — аффекта, такого как страх, напряженное ожидание. В таком напряженном состоянии человек прозрачную штору на окне ошибочно воспринимает как качающийся скелет, пальто на вешалке кажется страшным бродягой, галстук на спинке стула — ползущей змеей и т. д.;

в) вербальные иллюзии (*лат.* verbalis — устный, словесный) выражаются в ошибочном восприятии смысла слов, речей окружающих, когда вместо нейтрального для больного разговора окружающих он слышит (что обычно также бывает на фоне сильного страха) угрозы, ругательства, обвинения, якобы относящиеся к нему;

в) парейдолические иллюзии (*гр.* para — возле, около + eidolos — образ) — расстройства перцепции, когда действительно существующие образы воспринимаются измененно, обычно в причудливо фантастическом виде. Например, узор на обоях воспринимается как гигантская жаба, тень от торшера — как голова какого-то страшного ящера, узоры на ковре — как прекрасный, никогда прежде не виданный пейзаж, очертание облаков — как живописная группа людей и т. д.

5. *Галлюцинации* — это различные (несуществующие) звуки, оклики, призраки, голоса. Все галлюцинации подразделяются на истинные, ложные (или псевдогаллюцинации), функциональные, рефлекторные и гипнагогические. Истинные галлюцинации классифицируются по анализаторам: зрительные, слуховые, тактильные, висцеральные (соматические), обонятельные, вкусовые.

Сложные галлюцинации — когда больной одновременно переживает обманы чувств, относящиеся к различным анализаторам:

а) псевдогаллюцинации — образы, не имея внешней проекции, переживаются внутри сознания, «в душе», в голове, т. е. оцениваются больными как явления субъективные (внутренние голоса), (видения внутренним оком) и т. п. Псевдогаллюцинации характеризуются насильственностью, непринадлежностью галлюцинаторного образа личности, что больные обычно определяют качеством сделанности. Они заявляют, что им «делают», «устраивают» видения, слышат «внутренние» голоса, «мысленные» голоса, «голос души» и т. п.;

б) для функциональных галлюцинаций характерно переживание больным «мнимого» образа восприятия на фоне другого — действительного раздражителя;

в) гипнагогические галлюцинации заключаются в том, что больной при закрытых глазах (в полудремотном состоянии) при засыпании или пробуждении от сна видит различные образы (людей, предметов, целые сцены) в своем сознании на темном поле зрения.

6. Целая группа родственных симптомов патологии восприятия объединяется понятием *«нарушения сенсорного синтеза»*. Сюда относятся дереализация, метаморфопсии и нарушение схемы тела:

а) дереализация — чувство общей измененности окружающего мира и ослабление ощущений при восприятии предметов;

б) метаморфопсии — это искаженное восприятие величины, формы и пропорций окружающих предметов;

в) нарушение схемы тела — это искажение восприятия величины, веса и пропорций собственного тела;

г) деперсонализация — нарушение самосознания, т. е. нарушение сознания своего физического «я» и сознания своего психического «я».

Б. Нарушения памяти.

1. *Гипермнезия* проявляется обострением памяти, особой легкостью запоминания. Характерна для маниакальных и делириозных состояний.

2. *Гипомнезия*, напротив, заключается в несовершенстве фиксации нового материала, в ослаблении воспроизведения прошлого опыта. Встречается чаще всего при органически-деструктивных мозговых процессах.

3. *Амнезия* — пробел воспоминаний на тот или иной отрезок времени. Разновидности:

а) ретроградная амнезия — это выпадение из памяти событий на период времени, непосредственно предшествовавший психозу или бессознательному состоянию;

б) при антероградной амнезии, напротив, из памяти больного выпадают события на период времени, непосредственно следующий за выходом его из комы или психического состояния;

в) антеро-ретроградная амнезия — это сочетание обоих этих видов амнезии;

г) полимсест — выпадение из памяти отдельных деталей, событий, отдельных частностей происшедшего накануне в состоянии алкогольного опьянения;

д) прогрессирующая амнезия характеризуется (наряду с невозможностью запоминания нового) прогрессирующей утратой прошлого жизненного опыта;

е) аффектогенная амнезия — выпадение из памяти со-

бытий, связанных с исключительно сильным отрицательным переживанием.

4. К *обманам памяти* относятся псевдореминисценции и конфобуляции:

а) псевдореминисценции, или ложные воспоминания, возникают на фоне гипомнезии или амнезии;

б) конфобуляции — патологическое сочинительство при отсутствии амнезии и порой даже гипомнезии;

в) отчужденное воспоминание состоит в том, что события, действительно имевшие место в жизни больного, он в последующем воспроизводит не как реальные, а как прочитанные в книге, услышанные в рассказе от собеседника или по радио, увиденные в кино и т. д.;

г) присвоенное воспоминание, напротив, заключается в уверенности больного, что события, увиденные им в кино, прочитанные в книге, услышанные, произошли с ним самим в действительности.

В. Нарушения мышления.

1. *Ускоренное мышление* — у маниакальных больных.

2. *Замедленное мышление* проявляется уменьшением числа ассоциаций, связи идей. Обычно встречается у депрессивных больных.

3. *Обстоятельность мышления* — снижение, иногда полная потеря способности отделять главное от второстепенного, важное от неважного, застревание на ничего не значащих мелочах.

4. *Закупорка мыслительного процесса* (шперрунг) — внезапная остановка, обрыв мысли.

5. *Речевые спутанности* — нарушение гармонии между грамматическим строем речи и ее содержанием:

а) при маниакальной речевой спутанности на фоне речевого возбуждения, многословия явно преобладает образное мышление с резким ослаблением логически-ассоциативного мышления. Больные легко переходят с одной темы на другую. Падает число логических смысловых ассоциаций при явном доминировании механических ассоциаций;

б) аментивная речевая спутанность свойственна дезориентированным, не осмысляющим окружающего растерянным больным с соответствующим синдромом. Речь состоит из отдельных эпизодов прошлого, в которые включаются фразы, относящиеся к настоящему.

6. *Атактическая (шизофреническая) речевая спутанность.* Характерно сочетание во фразе, едином предложении не коорди-

нируемых между собой представлений, в норме не сочетающихся между собой абстрактных понятий и представлений. В грамматически правильной форме заключена бессмыслица. Такого рода сочетание несочетаемого называется атактическим замыканием.

При шизофреническом резонерстве речь теряет конкретность и определенность. Вместо четкого адекватного ответа на вопрос больной пускается в бесплодное пространное рассуждательство, так и не сообщая ничего существенного, т. е. в бесплодное мудрствование.

7. *Хореатическая речевая спутанность*, наблюдаемая при глубоких сумеречных состояниях и тяжелых делириях типа острого бреда, речь состоит из междометий, отдельных коротких слов, слогов, нагромождаемых друг на друга и повторяемых. Речь лишена смыслового содержания и утрачивает свое значение.

8. *Сверхценные идеи* — суждения, которые возникают в связи с реальными событиями, но затем приобретают в сознании незаслуженно преобладающее значение, сопровождаясь сильным эмоциональным напряжением.

9. *Навязчивые явления* — разнообразные мысли, представления, страхи, влечения, непроизвольно возникающие в сознании и сохраняющиеся, несмотря на понимание их болезненного характера и критического отношения к ним.

Разновидности: навязчивые сомнения, навязчивые воспоминания, навязчивые контрастные явления: навязчивое чувство антипатии, хульные мысли, навязчивые влечения, навязчивые страхи или фобии, навязчивые действия (ритуалы).

10. *Бредовые идеи.* Бред — это не поддающееся коррекции установление связи отношений (между объектами — обстоятельствами, людьми, событиями) без оснований. Бредовые идеи не соответствуют реальной действительности, вступают с ней в полное противоречие и, тем не менее, не поддаются коррекции.

Бред всегда связан со всеми другими формами психической деятельности (мыслями, чувствами, волей) и оказывает сильнейшее воздействие на всю психику больного, на поведение больного и оценки обстоятельств и событий. С появлением бреда больной по-иному оценивает окружающую жизнь, отношение с людьми, то есть формируется новое — болезненное мировоззрение.

По содержанию бред подразделяется на три группы:

1) бред величия, куда относятся бредовые идеи изобретательства, знатного происхождения, любовного очарования, гениальности, реформаторства, особого богатства и др.;

2) бред преследования, к которому относятся бредовые идеи

преследования, отношения, отравления, воздействия, одержимости, ревности, ущерба и др.;

3) бред самоуничижения, самообвинения, греховности, виновности, нигилистический, ипохондрический и др.

По особенностям внутренней структуры различают бред нелепый и бред паралогический:

1) нелепый бред — грубое несоответствие между конечным итогом суждения, выводом умозаключения и частными положениями, его обосновывающими. В них не видно логики, нет внутреннего единства, объединяющего их единого логического стержня. Типичен нелепый бред при прогрессивном параличе;

2) паралогический бред — это кривая логика, или так называемая паралогика, которая не ведет к познанию окружающего, а, напротив, удаляет больного от него. Прослеживается своя логика, когда то или иное суждение вытекает из предшествующих суждений и берется за основу последующих выводов.

В зависимости от уровня нарушения познания различают бред интерпретативный и бред образный:

1) интерпретативный бред — бредовая оценка фактов реальной действительности. Паралогически идет интерпретация реально воспринятых фактов. По интерпретативному типу формируются различные по содержанию бредовые идеи преследования, ущерба, изобретательства, ревности, величия, реформаторства и др.;

2) образный бред — в содержании ложных суждений важное место занимают образные представления и игра воображения. Нет логики в построении ложных идей. Больной высказывает болезненное суждение как аксиому.

Психопатологический анализ взаимодействия и соотношения бредовых идей между собой позволяет выделить:

1) систематизированный бред — бредовые суждения больного связаны единой логической нитью, имеют единую паралогическую основу. Взаимодействие бредовых идей между собой в сознании больного приводят к дальнейшему развитию бреда, уточнению, шлифовке вплоть до формирования бредовой системы.

2) отрывочный бред никогда не объединяется в единую систему. Обычно бред является нелепым (при параноидной форме шизофрении, при органических психозах, прогрессивном параличе).

По конечной конструкции бреда он может быть подразделен на три вида:

1) паранояльный бред исчерпывается лишь нарушением рационального познания, так как строится интерпретативным путем. Паранояльный бред — это бред первичный (интерпретатив-

ный), паралогический и систематизированный. Стойкость, незыблемость и систематизация его достигают предела. Может сохраняться в течение многих лет, всю жизнь;

2) парафренический бред — это тоже систематизированный с элементами интерпретации, в орбиту которой вовлекаются не только факты окружающей действительности, но и галлюцинации, иллюзии, явления психического автоматизма, сенестопатии и даже конфабуляции. По содержанию при нем чаще всего фигурируют бредовые идеи преследования (позднее и величия), хотя могут встречаться также идеи ущерба, отравления, воздействия и др;

3) параноидный бред — это бредовые идеи образного, чувственного характера, отрывочный и, как правило, нелепый бред, который может быть различным по содержанию и встречается при многих психических заболеваниях.

Г. Расстройства аффективности.

1. *Эмоциональная гиперестезия* — это возникающее по несущественному поводу сильное чувство, глубоко охватывающее личность больного, овладевающее больным, который сосредотачивается на этом чувстве и начинает им жить.

2. *Чувственная тупость* — расстройство эмоций, наблюдающееся при шизофрении. Характерно неуклонное нарастание ослабления чувств к самым близким и дорогим лицам. Одновременно ослабевают профессиональные интересы больных, их индивидуальные склонности.

3. *Чувственное оскудение* наблюдается при грубоорганических процессах в головном мозге. Резко отличается от эмоциональной тупости. При чувственном оскудении наблюдается постепенное и неуклонное ослабление высших чувств. По мере ослабления высших чувств при эмоциональном оскудении низшие чувства обостряются, усиливаются и занимают доминирующее положение в переживаниях больного, определяя его интересы, склонности и занятия.

4. *Патологический аффект* — бурная эмоциональная реакция гнева, внезапно возникающая в ответ на ничтожные (а порой и соответствующие) раздражители, и сопровождается агрессивными действиями на раздражитель. Протекает стремительно на фоне сужения сознания.

5. *Повышенная аффективность* — легкое возникновение по адекватному поводу сильных аффектов гнева и раздражения, сопровождающихся криком, бранью, оскорблением и даже агрессией. Обычно наблюдается при психопатиях, психопатоподобных состояниях, возникающих при последствиях черепно-мозговых травм, нейроинфекциях и др.

6. *Слабодушие, или эмоциональная слабость*, состоит в легком формировании ярких, довольно глубоких как положительных чувств до степени эйфории, так отрицательных до слез, которые возникают по существенному и несущественному поводам. Однако те и другие оказываются нестойкими и быстро сменяют друг друга.

Д. Патология настроения.

1. *Маниакальный аффект*, или гипертимия, характеризуется радостным, повышенным настроением, которое воспринимается больным как само собой разумеющееся его «обычное» состояние, якобы не нуждающееся ни в каком объяснении. Окружающие события, взаимоотношения с людьми воспринимаются через призму радостного настроения, сулящие ему безусловный успех. Больные в этом состоянии недоступны противоположным аффектам. Встречается в рамках циркулярного, токсических, инфекционных, органических и других психозов.

2. *Эйфория* является другой, самостоятельной формой болезненно-повышенного настроения. Для нее характерно благодушие, ощущение беспечного довольства, тихой радости. Отсутствует напряженность аффекта. Наблюдается на фоне слабоумия при органическо-деструктивных процессах в головном мозге.

3. *Депрессивный аффект*, гипотимия, напротив, характеризуется угнетенным, подавленным настроением. Она может быть выражена в различной степени. Один из самых распространенных симптомов, встречающихся при различных психических заболеваниях.

4. *Дисфория* тоже является разновидностью болезненно-пониженного настроения. Однако оно приобретает оттенок раздражительности, мрачного недовольства окружающим и злобы, приводящая к внезапным взрывам злобного возбуждения. Чаще всего дисфории встречаются при эпилепсии и органическом заболевании головного мозга.

5. *Апатия* — это равнодушие, полное отсутствие эмоциональной реакции по отношению к людям и различным событиям. Больные безучастны к окружающему, к своим близким и даже к собственной судьбе.

6. *Булимия* — резкое усиление пищевого чувства, ненасытная потребность в пище, патологическое усиление аппетита.

7. *Полидипсия* — патологическая жажда.

8. *Усиление полового влечения* — сатириазис у мужчин, нимфомания у женщин.

9. *Извращение чувств:* пищевого — проглатывание предметов и поедание несъедобного; полового — гомосексуализм,

садизм, мазохизм, эксгибиционизм и др.; самозащитного — нанесение себе ран, порезов, прижигания собственного тела папиросой и др.

10. *Импульсивное влечение* — предельно выраженное усиление инстинктивного чувства (пищевого, полового, самозащитного и др.), захватывающего все поле сознания и овладевающее им.

11. *Анорексия* — отказ от приема пищи в связи с отсутствием аппетита, под влиянием болезненных идей или иных психопатологических расстройств:

а) анорексия нервная — упорный отказ от еды или резкое ограничение приема пищи для похудания под влиянием сверхценных или бредовых идей соответствующего содержания. Чаще встречается у девушек;

б) анорексия психическая — отказ от приема пищи ввиду резкого угнетения аппетита при депрессиях и кататонических состояниях, или под влиянием бредовых идей отравления и преследования.

Е. Патология внимания.

1. *Слабость активного внимания.* Больному очень трудно сосредоточиться на нужном круге представлений и идей, необходимых ему по роду работы. Характерна для неврозов (неврастении) и неврозоподобных состояний.

2. *Повышенная отвлекаемость* или слабость активного внимания и патологическое преобладание внимания пассивного. Характерно для маниакальных состояний.

3. *Рассеянность*, быстрая истощаемость активного внимания заключается в том, что достигнутая больным сосредоточенность внимания сохраняется лишь короткое время и затем прекращается, истощается.

4. *Патологическая концентрация внимания* на определенном круге представлений и мыслей. Такова патологическая концентрация внимания больных с бредовыми синдромами на бредовых идеях и больных с реактивными состояниями на психотравмирующих мыслях.

5. *Персеверации* — «прилипание» внимания к отдельным представлениям. Длительная патологическая фиксация внимания на любом предмете. Типична для эпилепсии.

Ж. Патология деятельности.

1. *Гипербулия* — усиление в той или иной форме активности больного, внешне производящее впечатление усиления воли. Это

чаще всего больные в маниакальной фазе циркулярного психоза. Эта так называемая жажда деятельности не является таковой, так как больные также легко бросают начатое дело, как и берутся за него, и не доводят его до конца.

2. *Гипобулия* — ослабление волевой активности — частый симптом психических заболеваний.

3. *Абулия* — полное отсутствие побуждений, всякой инициативы и желаний, полная бездеятельность и потеря общения.

Как гипобулия, так и абулия характерны не только для шизофрении, но и других психических заболеваний (последствий токсических поражений головного мозга, нейроинфекций, черепно-мозговых травм).

4. *Парабулия* — извращенные формы деятельности:

а) парамимия — вычурная мимика;

б) парапраксия — извращенные манерные действия.

Сочетание абулии с парабулией свойственно шизофрении.

5. *Гипокинезия* — ограничение, падение двигательной активности с замедлением движений и упрощение структуры двигательных актов.

6. *Акинезия* — полная обездвиженность.

7. *Импульсивные действия* — это внезапно возникающие и осуществляющиеся вне контроля сознания действия.

8. *Каталепсия* — длительное сохранение любой позы больными в ступорозном состоянии.

9. *Стереотипные действия* первоначально возникают как адекватный ответ на то или иное раздражение или обращение со стороны других людей и в дальнейшем многократно повторяются, хотя необходимости в них уже нет.

10. *Стереотипные позы* наблюдаются на фоне гипобулии и абулии и обычно сочетаются со стереотипией места.

11. *Эхолалия* — повторение слов, отдельных слогов или целых фраз собеседника ступорозными больными, не вступающими в обычный речевой контакт.

12. *Эхопраксия* — повторение чужих действий больными, находящимися в ступорозном или субступорозном состоянии.

13. *Негативизм* — немотивированное противодействие со стороны больного любым пассивным попыткам изменить в пространстве положение его тела; отказ от совершения любых действий, которые от него требуются.

14. *Мутизм* — молчание, неспособность больного вступать в (озвученный) речевой контакт.

Психопатологические синдромы

А. Невротические синдромы.

1. *Астенический синдром.* Это состояние характеризуется повышенной утомляемостью с частой сменой настроения, раздражительной слабостью, истощаемостью, гиперестезией, слезливостью, вегетативными нарушениями и расстройствами сна.

Астенический синдром, как правило, развивается исподволь. Чаще всего астенический синдром может быть следствием различных соматических болезней (инфекционных и неинфекционных), интоксикаций, органических заболеваний головного мозга, а также шизофрении. Его особенности в значительной степени зависят от вызвавшей причины.

2. *Навязчивый синдром* (обсессивный) — состояние, при котором чувства, мысли, страх, воспоминания, влечения, двигательные акты возникают у больного помимо его желания, но при осознании их болезненности и критическом отношении к ним.

Навязчивости необходимо отличать от явлений психического автоматизма и бредовых расстройств.

Навязчивые состояния подразделяются на: а) навязчивые сомнения; б) навязчивые воспоминания; в) навязчивые представления; г) навязчивые влечения; д) навязчивые страхи (фобии); е) навязчивое чувство антипатии; ж) навязчивые опасения; з) навязчивые действия.

3. *Истерический синдром.* Резко выраженная эмотивность с неустойчивостью и быстрой сменой настроения. Состояния психогенные по происхождению, функциональные по механизму и полиморфные по симптоматике: истерические припадки, истерические сумеречные состояния, истерические амбулаторные автоматизмы и фуги, синдром Ганзера, псевдодеменция, пуэрилизм и др.

Б. Психопатические синдромы. Главным расстройством является дисгармония психических процессов, их неуравновешенность, слабость и несоответствие силы реакций силе воздействующего раздражителя. Эти состояния могут быть врожденными («ядерные психопатии») и приобретенными — патохарактерологические развития. Может проявляться чрезвычайной мнительностью, комплексом собственной неполноценности; психической слабостью и особой психической ранимостью; подозрительностью, переоценкой собственной личности; непостоянством в интересах и чаще всего повышенной аффективностью с легким формированием аффектов гнева, раздражения и их реализации в виде агрессии.

В. Эмоциональные синдромы. Чувственные, аффективные расстройства встречаются при всех психических заболеваниях, входя в структуру самых различных синдромов. В структуре эмоциональных синдромов аффективные расстройства являются главными симптомами.

1. *Маниакальный синдром* проявляется триадой основных симптомов: повышенным настроением (гипертимией), двигательным возбуждением и идеаторно-психическим возбужденим. При маниакальных состояниях происходит учащение пульса, гиперсаливация, у женщин нарушается менструальный цикл.

Маниакальные состояния развиваются при МДП, циклотимии, шизофрении, эпилепсии, симптоматических и интоксикационных психозах, а также при органических заболеваниях головного мозга.

2. *Депрессивный синдром* (или депрессия) представлен триадой противоположных симптомов: болезненно-пониженным настроением (гипотимией), замедленным мышлением и двигательной заторможенностью.

К дополнительным симптомам этого синдрома относятся пониженная самооценка, угнетение инстинктивной деятельности и суицидальные мысли. Суицидальные мысли встречаются при депрессиях часто. Этот не всегда высказываемый, но часто переживаемый симптом является абсолютным показанием для госпитализации больных.

Соматические признаки депрессий: больные выглядят постаревшими, отмечается выпадение волос, замедление пульса, запоры, нарушение менструального цикла у женщин, аппетит отсутствует, заметно худеют.

Депрессивные синдромы развиваются при МДП и его легкой форме — циклотимии, а также при шизофрении, эпилепсии, симптоматических и инфекционных психозах, органических заболеваниях головного мозга.

Г. Кататонические синдромы. Клиническая картина их представлена двумя противоположными картинами двигательных расстройств: состоянием возбуждения и ступором (обездвиженностью, оцепенением).

1. *Кататоническое возбуждение.* Встречаются два варианта кататонического возбуждения — патетическое и импульсивное:

а) патетическое возбуждение возникает менее остро, чем импульсивное. Больные оживлены, много ходят, отмечается и некоторое речевое возбуждение. В речи много пафоса и черт высокопарности. Настроение повышено по типу экзальтации.

Наблюдается беспричинный смех. Временами возможны импульсивные действия;

б) импульсивное кататоническое возбуждение возникает остро. Долгое время лежавший неподвижно, внезапно вскакивает и стремится вперед, сокрушая все на своем пути, с яростью нападая на людей и окружающие предметы и разрушая их (слепая агрессия и бессмысленная ярость).

2. *Ступор* — противоположный «полюс» кататонического состояния — проявляется двигательной заторможенностью, мутизмом (молчанием) и мышечной гипертонией. В скованном, заторможенном состоянии, лишь на короткое время прерываемом двигательным возбуждением, больные могут оставаться в течение многих недель и месяцев.

В зависимости от их клинических особенностей выделяются варианты кататонического ступора:

а) ступор с восковой гибкостью (каталептический ступор) — больные подолгу сохраняют неудобные позы, не реагируют на громкую речь и сильные звуки, но могут ответить на тихую, шепотную речь, спонтанно растормаживаются в условиях ночной тишины;

б) негативистический ступор, наряду с двигательной заторможенностью и мутизмом, характеризуется противодействием больных любым попыткам изменить их позу, совершить то или иное действие;

в) ступор с оцепенением характеризуется наибольшей выраженностью двигательной заторможенности и мышечной гипертонии. Больные лежат в своеобразной позе: ноги согнуты к животу, руки в плечевых и локтевых суставах привлечены к груди, челюсти плотно сжаты, губы вытянуты вперед (симптом хоботка). Если больной лежит на спине, то голова не касается подушки (симптом воздушной подушки), так называемая эмбриональная поза.

Кататонический синдром наблюдается при шизофрении, инфекционных, органических, инволюционных и других психозах.

Д. Гебефренический синдром. Проявляется этот синдром двигательным и речевым возбуждением, дурашливостью и нелепым поведением больных на фоне повышенного настроения. Больные мало сидят, быстро перемещаются, скачут, громко смеются, кувыркаются по полу, строят гримасы. У больных с гебефреническим синдромом очень часто наблюдаются бредовые идеи отношения и преследования, а также слуховые и висцеральные галлюцинации.

Е. Бредовые и галлюцинаторные синдромы.

1. *Паранояльный синдром* — состояние, проявляющееся систематизированным паралогическим, интерпретативным первичным бредом определенного содержания. При нем нет расстройств восприятия (иллюзий, галлюцинаций, явлений психического автоматизма), которые участвовали бы в бредообразовании. Речь идет лишь о нарушениях рационального познания, т. е. отражения в сознании не самих предметов и явлений окружающего мира, а сложных существенных связей и отношений между ними. Первичная бредовая идея нередко возникает у больного внезапно. Система бреда строится на цепи доказательств, обнаруживающих субъективную логику, а факты, приводимые больными в обоснование своей бредовой системы, трактуются ими крайне односторонне; факты, противоречащие излагаемой концепции, игнорируются. Появление бреда сопровождается субъективным ощущением облегчения, чувством, что ситуация стала понятной. Смутные предположения оформились, наконец, в четкую систему, приобрели «ясность» с точки зрения больного.

При паранояльном синдроме бредовые суждения отличаются большой стойкостью и систематизацией. Бредовая система при этом синдроме оказывает глубокое действие на личность больного, сопровождается гипербулией. Охваченные паранояльным бредом (изобретательства, величия, преследования, реформаторства, ревности, ипохондрическим и др.) больные отличаются особой одержимостью, исключительной активностью в реализации своих идей, что служит основанием для госпитализации. Вне обострения бреда и тем более при его дезактулизации они ведут себя упорядоченно, в помещении в психиатрическую больницу не нуждаются.

Встречаются паранояльные синдромы при многих, главным образом функциональных (реактивных, инволюционных, алкогольных) психических заболеваниях, а также при сосудистых поражениях головного мозга, при отсутствии ослабоумливания.

2. *Парафренический синдром.* Основным в психопатологической структуре парафренического синдрома является систематизированный бред преследования, величия, воздействия, ущерба, отравления или иного содержания, сочетающийся с галлюцинациями, псевдогаллюцинациями или же иными явлениями психического автоматизма. При этом синдроме бред строится на интерпретации не только фактов реальной действительности, но и расстройств восприятия. Сформированные парафренические синдромы всегда оказываются стойкими.

3. *Параноидный синдром.* Психопаталогическая структура параноидного синдрома состоит из отрывочного несистематизирован-

ного бреда различного содержания (отношения, преследования, величия, воздействия и др.), дополняемого иногда галлюцинациями или иными расстройствами восприятия. Образный тип бреда, обычно с большой ролью конкретной ситуации, в которой в это время находится больной. В бредовых идеях не видно логики и обоснований. Больные не склонны к доказательствам и обоснованию своих бредовых утверждений. Между бредовыми идеями у параноидных больных нет единства и соответствия. Идеи разрозненны, не объединены между собой единой логической основой.

Встречается параноидный бред при самых различных психических заболеваниях: при шизофрении, инфекционных, соматогенных, алкогольных психозах, в рамках реактивных состояний и при сосудистых заболеваниях головного мозга. Продолжительность его — от нескольких дней до многолетнего хронического течения (обусловлена характером основного заболевания).

4. *Синдром психического автоматизма* (синдром Кандинского—Клерамбо, синдром отчуждения, синдром воздействия) состоит из разнообразных псевдогаллюцинаций, «чужих» мыслей, ощущения открытости и других явлений психического автоматизма, сочетающихся с бредовыми идеями преследования и воздействия. Общим для всех явлений психического автоматизма является отчуждение больным собственных психических актов. Выделяют три вида психического автоматизма — идеаторный, сенестопатический, моторный.

1) идеаторный психический автоматизм, куда входит ментизм,— непроизвольное течение мыслей; явление открытости, когда любые мысли больного становятся известными окружающим; звучание собственных мыслей; хищение мыслей, чувство, что мысли у него отнимают, вытягивают и т. п.; вкладывание чужих мыслей. К этой группе автоматизма относятся все виды псевдогаллюцинаций, а также отчуждение собственных эмоций;

2) сенестопатический автоматизм заключается в том, что разнообразные тягостные ощущения в различных частях тела у больного возникают особым образом, непроизвольно, помимо его воли, под чьим-то воздействием;

3) при моторном психическом автоматизме больной переживает чувство, что будто рукой двигает не он сам, что ноги его переступают не по его желанию, а помимо его воли, под влиянием какой-то посторонней силы. Больные говорят обычно, что не они ходят, а ими ходят, словно автоматами, двигают и совершают различные действия.

Для всех этих явлений и конкретных разновидностей психи-

ческого автоматизма характерен момент отчуждения собственного психического акта.

Синдром психического автоматизма является таким же неспецифическим психопатологическим синдромом, как и все предыдущие синдромы, и может встречаться при сосудистых, алкогольных, травматических, инфекционных, органических и других психозах, и при шизофрении.

5. *Галлюциноз* — синдром, основным расстройством при котором являются разнообразные галлюцинации, переживаемые больным без признаков помрачения сознания. Выделяются 3 разновидности галлюциноза — вербальный, зрительный и тактильный:

1) при вербальном галлюцинозе наблюдаются обильные, яркие слуховые галлюцинации, которые либо комментируют поведение больного, либо осуждают его, упрекают, угрожают расправой. Больной испытывает тревогу, сильное чувство страха, бежит, спасается, обращается за помощью к окружающим и милиции;

2) зрительный галлюциноз — это наплыв живых зрительных галлюцинаций, не сопровождающихся помрачением сознания. Наблюдается в старческом возрасте. Возможен у слепых (галлюцинации типа Шарля—Бонэ);

3) При тактильном галлюцинозе больные переживают ощущение наличия на коже, под кожей или в коже каких-то передвигающихся живых существ — паразитов, насекомых и др., которые доставляют больным невыразимые страдания.

Ж. Синдромы помрачения сознания.

Сознание — это способность человека адекватно отражать окружающую действительность и целенаправленно воздействовать на нее. При психических заболеваниях оно всегда нарушено.

Помрачение сознания — это такое расстройство, при котором страдает отражение предметов, явлений и сложнейших взаимосвязей между объектами окружающего мира. Клинически это проявляется грубой неправильностью поведения больного, обусловленной непониманием смысла происходящих событий и не запоминанием их.

Существует ряд признаков помрачения сознания: 1, 2, 3,

1) дезориентировка в месте, времени, окружающем;

2) отрешенность от окружающего мира, проявляющаяся в неполном его охвате, в нечетком восприятии реального мира, в фрагментарности, либо в полной невозможности его восприятия;

3) бессвязности мышления, слабости суждений;

4) амнезия на период помрачения сознания.

Для констатации помрачения сознания необходимо установление всех этих четырех признаков.

Типы помрачения сознания (галлюцинаторное, спутанное, патологически суженное и др.).

1. *Состояние оглушенности.* Больные выглядят трудно доступными, отрешенными от окружающего. Они малоподвижны, движения их замедленные, выражение лица безразличное. Слабые и даже средней силы раздражители не воспринимаются больными. Лишь раздражители достаточно большой силы воспринимаются и дают ослабленную и замедленную реакцию. Восприятие окружающих предметов осуществляется неполностью, с трудом. Больной не охватывает всей ситуации и производит впечатление чем-то одурманенного человека. Ориентировка частичная.

Характерной особенностью состояний оглушенности является отсутствие бреда, галлюцинаций, отвлекаемости внимания и других продуктивных симптомов, т. е. опустошенность сознания.

Самая легкая степень оглушенности, проявляющаяся легким и нестойким затуманиванием сознания, называется обнубиляцией.

2. При углублении состояния оглушенности оно переходит в *сопор.* Больной при этом находится в состоянии глубокого помрачения сознания, он не реагирует на обращенную к нему речь и другие раздражители; внешне производит впечатление человека, находящегося в состоянии глубокого сна. Чрезвычайными воздействиями больного на короткое время можно вывести из этого состояния: он открывает глаза, но происходящих событий не понимает, дезориентирован и тут же снова впадает в прежнее сопорозное состояние. Угнетены оборонительные рефлексы. Сухожильные и глазозащитные рефлексы хотя и сохранены, но резко ослаблены и замедлены.

3. *Кома* является наиболее тяжелой степенью помрачения сознания, т. е. фактически полным выключением сознания. Больные неподвижны, глаза их закрыты, они не производят никаких движений. Здесь нет ни бреда, ни галлюцинаций, ни других продуктивных симптомов. Больные не реагируют ни на речь, ни на громкий оклик, на интенсивные звуковые, световые и иные воздействия; их невозможно растормошить.

Полностью отсутствуют сухожильные рефлексы. Сохраняется деятельность лишь жизненно важных центров — дыхательного и сосудодвигательного. Кома, таким образом,— самое тяжелое, самое глубокое помрачение сознания, его выключение.

Состояние оглушенности наблюдается при инфекционных, травматических и органических поражениях ЦНС; при интоксикациях, отравлениях различными веществами (в частности бар-

битуратами) и может продолжаться от нескольких секунд до многих дней.

4. *Сумеречное помрачение сознания* наряду с дезориентировкой больных в окружающем и выключением их из ситуации характеризуется обычно сильнейшими аффектами ярости, злобы и страха, наличие отрывочного чувственного бреда и отдельных галлюцинаций, а также способностью больных совершать ряд последовательных автоматизированных действий. Автоматизированные действия порой вызывают у близких и окружающих впечатление внешней сохранности рассудка. Восприятие у таких больных неполноценно. Поле сознания патологически сужено, что в сочетании с галлюцинациями, аффектами злобы, страха и отрывочными бредовыми идеями делает их крайне опасными для окружающих.

Для всех разновидностей сумеречного помрачения сознания, как правило, характерны кратковременность и параксизмальность: внезапное возникновение и быстрая редукция. Наблюдаются они при токсических, травматических, сосудистых и органических заболеваниях головного мозга и с особой частотой и тяжестью — при эпилепсии.

3. Аментивный синдром. При аменции, наряду с дезориентировкой в месте, времени и окружающем, больным свойственны недостаточное осмысление ситуации и аментивная речевая спутанность. Для больных в состоянии аменции наиболее характерны доступность внешним впечатлениям, возможность восприятия отдельных предметов и в то же время — неспособность связать их воедино в сознании, дать целостную оценку окружающего. Неспособные осмыслить происходящие события больные испытывают мучительное чувство собственной психической беспомощности, невозможности разобраться в окружающем и понять, что кругом происходит.

Выражение лица тревожно-недоуменное, вид растерянный, речь бессвязная.

Часто аменция затягивается на продолжительное время до 2—3 мес. и более. При выходе из этого состояния полная амнезия на период глубокой аменции. Чаще всего аментивный синдром наблюдается при инфекционных и соматических психозах, он также встречается при интоксикационных, органических и сосудистых психозах.

И. Делириозный синдром. Делирий — иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания в большей или меньшей степени с низким порогом реакции ко всем раздражителям и характер-

ным богатством психопатологической симптоматики (иллюзорно-галлюцинаторной) с возбуждением.

Больные дезориентированы, испытывают яркие зрительные и слуховые галлюцинации, отрывочные бредовые идеи отношения и преследования, сильнейшие аффекты страха, тревоги, и соответственно этому проявляется сильное двигательное возбуждение.

Однако наиболее важным феноменом являются обильные, подвижные и разнообразные зрительные галлюцинации. Галлюцинаторные образы множественны, изменчивы, для больного обладают большой объективной достоверностью, и переживает он их совершенно так же, как любые реальные объекты данной ситуации.

В состоянии делирия больной обычно оказывается в центре событий, убегает, спасаясь, иногда нападая; иногда защищается от галлюцинаторных образов и от реальных людей, оценивая их поведение по-бредовому и испытывая по отношению к ним страх. Наряду с этим бросается в глаза диффузная гиперестезия ощущений и восприятий у делирантов, которые улавливают слабые звуки, игру света и теней, фиксируют на этом внимание и мгновенно реагируют вздрагиванием, чувством страха, принимают защитные позы и т. п.

Кроме этого — типичного делирия, выделяются два других его клинических варианта — профессиональный делирий и тяжелый его вариант.

При профессиональном делирии больной будучи дезориентирован и находясь в состоянии глубокого помрачения сознания, галлюцинаторно переживает определенную профессиональную ситуацию в виде сложных действий (профессиональных).

При остром бреде как тяжелейшей форме делирия сознание помрачено наиболее глубоко. Двигательное возбуждение ограничивается пределами кровати и приобретает характер однообразных примитивных движений. Проявляется хореатическая речевая спутанность (так называемый «муссититирующий делирий»). Соматическое состояние больного становится угрожающим для жизни.

Делирий чаще всего встречается при инфекционных, токсических психозах, а также при сосудистых и органических заболеваниях ЦНС.

К. Онейроидный синдром представляет собой сочетание чувственно-образных ярких представлений с фрагментарным отражением в сознании реальной действительности. Сознание больных заполнено яркими представлениями, отличающимися большой изменчивостью, пластичностью и особой субъективной достоверностью для больных. Больные дезориентированы в месте,

времени и окружающих лицах. Больной всегда в этом состоянии переживает определенную ситуацию, участником которой себя считает.

Образные переживания больных не имеют внешней проекции (как при делирии), а испытываются внутри сознания, являются представлениями. Тематика переживаний черпается из прошлого опыта, чаще из прочитанных книг, просмотренных фильмов, услышанных рассказов и т. п. Амнезия при онейроиде менее выражена, чем при делирии. Эти больные при выходе из психоза неплохо рассказывают о своих грезоподобных переживаниях.

Онейроидный синдром возможен при экзогенных и эндогенных психозах.

Л. ***Припадки.*** Под припадками понимаются внезапно возникающие кратковременные состояния с помрачением и даже утратой сознания и возможно судорожными (или иными) непроизвольными движениями.

1. *Большой судорожный припадок* проявляется внезапной потерей сознания, тоническими и затем — клоническими судорожными движениями и заканчивается комой. Перед припадком наблюдается продромальное состояние в виде дурного настроения, раздражительности, общей слабости и головной боли. Начинается большой припадок с ауры, которая у каждого больного проявляется в одном и том же виде и продолжается лишь несколько секунд. В клинической практике наблюдаются ауры в виде бега, примитивных действий, вращения на месте, вспышки пламени, картины пожара, слуховых и обонятельных галлюцинаций, сердцебиения, чувства страха и др. Затем развиваются судорожные явления. Теряя сознание, больной падает там, где его застанет тоническое сокращение всей мускулатуры, продолжающееся до 1 минуты. Лицо синеет из-за прекращения дыхательных движений, артериальное давление повышается, зрачки не реагируют на свет. Происходит непроизвольное мочеиспускание.

Тоническая фаза сменяется клонической (длительностью 2—3 мин.) в виде быстрых сокращений и расслаблений мускулатуры тела, изо рта выделяется розовая (окрашенная кровью из-за прикусывания языка) слюна. Завершается припадок комой, из которой больной постепенно выходит через сопор и оглушенность или сумеречное состояние, когда он оказывается дезориентированным и неспособным к полноценному психическому контакту. Припадок может исчерпываться только аурой, одной тонической фазой — абортивный эпилептический припадок — или же развернутыми обеими судорожными фазами (тонической и клонической).

2. *Малый эпилептический припадок* нередко начинается аурой и характеризуется внезапной потерей сознания. Однако здесь судорожные расстройства исчерпываются лишь клонической (притом абортивной) фазой в пределах отдельных мышц, тогда как тонической фазы не бывает, вследствие чего больной не падает. Переживания этого периода больной амнезирует.

3. *Джексоновские припадки* (парциальные эпилептические припадки) проявляются односторонними судорогами тонического или клонического характера. Помрачения сознания обычно нет.

4. *Нарколептический припадок* проявляется внезапно возникающей непреодолимой сонливостью. Возникает в разных ситуациях. Продолжается 30—60 мин. Проснувшись, больной чувствует себя бодрым.

5. *Катаплектический припадок* заключается во внезапном резком падении мышечного тонуса во время смеха или плача, возникших под влиянием случайных причин. Сознание больных остается ясным. Возможно возникновение катаплектических приступов под влиянием резкого звука или яркого света.

М. Слабоумие. Под слабоумием понимается стойкое малообратимое ослабление психической деятельности, ее обеднение и упадок. Проявляется оно ослаблением памяти, снижением интеллекта и чувственным оскудением.

В зависимости от причин возникновения слабоумие подразделяется на врожденное недоразвитие психики — олигофрению (малоумие) и приобретенное (деменцию), возникающее в результате прогрессирующих психических заболеваний.

1. *Врожденное (олигофреническое) слабоумие* представляет собой более или менее выраженную степень недоразвития психики, задержки психического развития. Проявляется недоразвитием интеллекта, в невозможности абстрактного мышления, а при тяжелой степени олигофрении — в полной невозможности образования понятий и даже отвлеченных представлений. Память недостаточна и только механическая, запас знаний ничтожный. Резко страдают речевые функции. Бедность эмоций.

2. *Приобретенное слабоумие* (или деменцию) подразделяют на виды в зависимости от характера поражения головного мозга.

В зависимости от психопатологической структуры слабоумия можно выделить четыре его разновидности.

Тотальное слабоумие проявляется одновременным поражением всех форм познавательной деятельности: мышления, памяти, чувств, внимания и др. Образование абстракций невозможно, грубо нарушается логическое мышление, резкое снижение обоб-

щений и слабость суждений. Грубо снижается интеллект, утрачивается критика, суждения и поступки больного становятся нелепыми. Ослабление памяти (неспособность запоминания текущих событий и воспроизведения прошлых). Резко страдает активное внимание. Налицо чувственное оскудение. Эмоциональный фон в одних случаях (прогрессивный паралич, болезнь Пика) эйфорически благодушный, в других (старческое слабоумие) угрюмо-раздражительный, в третьих — безразличный. Больные утрачивают индивидуальные психические особенности и навыки поведения (распад «ядра личности»). Тотальное слабоумие характерно для грубоорганических процессов с нарастающим снижением интеллекта (прогрессирующий паралич, старческое слабоумие, болезнь Пика и др.).

Парциально-дисмнестическое слабоумие характеризуется относительной сохранностью интеллекта, критики, долга, такта и навыков социального поведения («ядра личности»). Память нарушена по дисмнестическому типу, когда больной правильно воспроизводит сами факты, прошлые события, но не может расположить их в надлежащей хронологической последовательности, неспособен воспроизвести нужный факт в данный момент, вспоминает его несколько позже и т. п.

Чувственная сфера страдает в форме эмоциональной лабильности, нестойкости настроения, недержания аффектов, раздражительности и легкой слезливости (слабодушие). Критика даже к дефекту своей памяти долго сохраняется. Больные не совершают нелепых действий. Социальные контакты больных сохранены. Данный тип деменции наиболее свойственен сосудистым поражениям головного мозга, но может встречаться и при других заболеваниях.

Парциально-диссоциативное слабоумие, свойственное шизофрении, состоит в утрате внутреннего единства психической деятельности, т. е. тесного взаимодействия между мыслительными, эмоциональными и волевыми процессами при относительной сохранности памяти и интеллекта. Типичным симптомом здесь является атактическое мышление (сочетание несочетаемого в суждении). Четко выраженная чувственная тупость с чертами неадекватности, утрата воли, неспособность к активности и извращенные формы деятельности.

Концентрическое слабоумие проявляется постепенно нарастающим сужением интересов больного на собственной личности и соматических функциях. Мышление больных вязкое, тугоподвижное, обстоятельное с застреванием на ненужных деталях и мелочах. Абстракция и обобщения не удаются, мышление становится

конкретным, направленное на обслуживание сугубо личных интересов больного. Степень ослабоумливания при этом типе деменции определяется сужением круга интересов больного. Оно типично для эпилепсии, но может встречаться и при других болезнях.

Н. Тяжелая утрата и смерть (горе, скорбь и тяжелая утрата). Эти состояния аналогичны синдрому, возникающему в связи с утратой объекта любви.

Реакция на горе не обязательно означает реакцию на смерть любимого человека и может возникнуть по следующим причинам: 1) потеря любимого человека в результате разлуки, развода или заключения в тюрьму; 2) утрата объекта или лишение положения, которые имели эмоциональную значимость, например потеря ценной собственности, лишение выгодной работы или положения в обществе; 3) утрата предполагаемого объекта любви, например рождение мертвого или неполноценного ребенка; 4) потеря, связанная с заболеванием, травмой или ранением, например ампутация, мастэктомия. Реакция горя отличается от депрессии по целому ряду показателей: нормальная идентификация с покойным с некоторой амбивалентностью по отношению к нему (ней); приступы плача, потеря массы тела, снижение либидо, уход в себя, бессонница, раздражительность, снижение способности к концентрации внимания; мысли о самоубийстве встречаются редко; самообвинение связано с отношением к покойному при жизни и не носит глобального характера; симптомы ослабевают со временем, самокупируются; больные реагируют на переубеждение и социальные контакты; лечение антидепрессантами неэффективно.

Факторы риска возникновения большого депрессивного эпизода у пациента после смерти его (ее) супруги(а):

— пациент не старше 30 лет;
— общее ослабленное состояние организма;
— недостаточная социальная поддержка;
— безработица;
— слабая адаптация к утрате;
— анамнез пациента отражает случаи заболевания различными видами депрессий: большим депрессивным расстройством, дисмнестическим расстройством, депрессивным личностным расстройством, биполярным расстройством.

Осложнения тяжелой утраты:

— чрезмерная реакция горя;
— отсутствие или замедление реакции горя;
— длительная реакция горя;

— возможность смерти;
— психические расстройства;
— тревожные расстройства;
— депрессивные расстройства;
— расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ в тяжелой личной ситуации.

О. Суициды, суицидальные мысли и намерения. К ним относят неотложные состояния — расстройства мышления, восприятия и поведения, требующие срочного вмешательства психиатра, а именно: угроза насилия, суицида (самоубийства), членовредительства и нанесения телесных повреждений себе или окружающим, связанные с социальными либо личностными отношениями (истинными, объективными, субъективными и ложными). Данные нарушения могут возникнуть в любом месте — дома, на работе, в общественных местах, в лечебных учреждениях.

Определения психопатологических состояний и отдельных нозологических форм

Психическое расстройство — это болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических, физических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья. Каждое заболевание характеризуется определенной симптоматикой.

Психическое расстройство в целом подразделяют на психотические, невротические, функциональные и органические.

Психотические — утрата чувства реальности, сопровождаемая бредом и галлюцинациями, например при шизофрении.

Невротические — утрата чувства реальности не наблюдается; расстройства обусловлены большей частью внутрипсихотическими конфликтами или событиями жизни, которые вызывают тревогу, проявляются такими симптомами, как обсессии, фобии, компульсивность.

Функциональные — структурные нарушения и этиологический фактор, которые можно было бы назвать причиной болезни, не известны.

Органические — заболевания, которые обусловлены структурными (морфологическими) изменениями в головном мозге; обычно они сопровождаются когнитивными (интеллекту-

альными) нарушениями, делирием или деменцией (например болезнь Пика).

Острое психотическое расстройство — это внезапно развившееся на болезненной основе расстройство психики, содержащее в себе признаки психического заболевания, таких как: расстройство сознания, мышления, эмоций, характеризующееся бредом и галлюцинациями, психомоторным расстройством (возбуждение или ступор), сопровождающееся неправильной оценкой и трактовкой происходящего, нелепыми поступками, когда действия больного становятся опасными для себя и окружающих.

Делирий — острое обратимое психическое расстройство, проявляющееся помрачением сознания, как правило, сопровождается эмоциональной лабильностью, галлюцинациями или иллюзиями и неадекватным, импульсивным, нерациональным или агрессивным поведением. Делирий сопровождается нарушением ориентировки в месте и времени, расстройствами сна и ретроградной амнезией периода помрачения сознания (тотальной или парциальной).

Диагноз делирия устанавливают согласно его этиологии: делирий, обусловленный соматическим или неврологическим заболеванием; делирий, вызванный психоактивным веществом (интоксикационный делирий и абстинентный делирий); делирий неуточненный.

Делирий возникает при многих состояниях, в том числе при инфекционных заболеваниях, лихорадке, нарушениях обмена веществ, болезнях печени и почек, эндокринных дисфункциях, недостаточности витамина B-1, интоксикациях психоактивными веществами и синдроме отмены, послеоперационных состояниях, значительной кровопотере, сердечных аритмиях и сердечной недостаточности, гипертензивной энцефалопатии, черепно-мозговой травме, припадках различной этиологии, побочном действии многих лекарственных препаратов, некоторых очаговых поражениях головного мозга и сенсорной депривации, например слепоте, глухоте. Делирий — характерный синдром мозгового инсульта. Делирий — неотложное состояние, течение обычно острое.

Для оказания помощи необходимо выяснить причину делирия. Необходима коррекция метаболических нарушений. Для купирования ажиатации можно использовать небольшие дозы сильнодействующих нейролептиков, например галоперидола 2—5 мг внутримышечно по показаниям. Госпитализация.

Шизофрения — заболевание, протекающее с психотическими симптомами, которые значительно нарушают поведение больного, изменяют его мышление, эмоциональные реакции, волю и восприятие окружающего. Этиология неизвестна. Болезнь про-

текает хронически с нарастающими психическими изменениями в виде эмоциональной тупости, атактического мышления, парабулии и развитием специфического слабоумия.

Диагноз шизофрении является феноменологическим и основывается на результатах наблюдения за пациентом и описании им собственных ощущений и переживаний:

а) снижение общего функционирования (понижается уровень активности);

б) патологическое изменение содержания мышления; бред, в том числе идеи отношения; бедность содержания мыслей и др.;

в) нелогичность мышления: беспорядочность, разорванность, бессвязность, обстоятельность, поверхностность, неологизмы, соскальзывание и обрывы мыслей, эхолалия и др.;

г) искажение восприятия: галлюцинации — зрительные, обонятельные, тактильные, слуховые и др.;

д) аффективные изменения: обеднение, притупление эмоций, дурашливость, неадекватность эмоций и др.

Клинические формы шизофрении:

а) простая форма;

б) гебефреническая форма;

в) кататоническая форма;

г) параноидная форма.

Маниакально-депрессивный (циркулярный) психоз — это функциональное психическое заболевание, проявляющееся аффективными (маниакальными и депрессивными) состояниями, которые периодически в виде фаз непосредственно или через «светлые» промежутки психического здоровья сменяют друг друга без снижения психических функций.

Инволюционные психозы — это функциональные психические расстройства, возникающие впервые после 40—45 лет жизни на фоне климакса с присущими ему соматовегетативными нарушениями и проявляющиеся своеобразными по структуре депрессивными, бредовыми и кататоническими картинами без тенденции к ослабоумливанию.

Клинические проявления:

а) инволюционная депрессия;

б) инволюционный бредовый психоз;

в) кататоническая форма.

Реактивные психозы — это временные и обратимые расстройства психической деятельности, возникающие вследствие психических травм. От неврозов (которые входят в общую группу психогенных или реактивных состояний) они отличаются остротой и большей тяжестью психических травм и более тяжелыми, глубо-

кими психическими расстройствами, выливающимися в четкие психотические синдромы с продуктивной симптоматикой.

Основные принципы диагностики реактивных состояний:

1) реактивные состояния возникают под действием психических травм;

2) содержание психической травмы находит отражение в симптоматике болезни;

3) по миновании психической травмы реактивное состояние проходит.

Типы течения реактивных психозов.

I. Острые шоковые реактивные психозы:

а) психомоторная заторможенность с мутизмом;

б) психогенное двигательное возбуждение.

II. Подострые реактивные психозы:

а) реактивная депрессия;

б) псевдоде́менция;

в) пуэрилизм;

г) психогенный ступор;

д) бредовая форма подострого реактивного психоза.

III. Затяжные реактивные психозы:

а) затяжной реактивный психоз с сохранением структуры подострых форм;

б) трансформирующиеся затяжные реактивные психозы;

в) прогредиентные затяжные реактивные психозы.

IV. Психогенное паранояльное бредообразование.

V. Индуцированные нервно-психические расстройства.

Неврозы — это психогенно возникающие невыраженные психические расстройства, которые не достигают степени грубых (психотических) нарушений отражения реальной действительности и не сопровождаются значительными изменениями поведения. При неврозах, как видно из определения, не наблюдается такой продуктивной симптоматики, как бред, галлюцинации, помрачение сознания и др., столь свойственной психозам. Подразделяются неврозы по синдромальном принципу:

а) неврастения. Основным при этом заболевании является астенический синдром;

б) истерия. Истерический невроз представляет собой группу двигательных, сенсорно-чувствительных и вегетативных расстройств невротического регистра, которые возникают под влиянием (различной силы) острых психических травм и более слабых, длительно действующих психогений. Для истерии характерна такая психическая особенность, как внушаемость и самовну-

шаемость, обусловливающая свойство больных воспроизводить многие, в сущности любые соматические и неврологические болезни. Свойственные истерии двигательные расстройства проявляются разнообразными гиперкинезами, припадками, а также акинезами в виде парезов и параличей. Психические расстройства при истерии проявляются повышенной аффективностью;

в) невроз навязчивых состояний. Клиническим содержанием данного невроза являются навязчивые страхи (фобии), навязчивые влечения и действия, а также разнообразные навязчивые мысли, идеи преследования — обсессии («обсессивный невроз»).

Психопатии. Психопатии, так же, как и неврозы, относятся к так называемой малой или пограничной психиатрии. Это та форма психической патологии, которую, кроме того, определяют как аномалии характера, дисгармонии личности, патологические личности и др.

Психопатии следует понимать как лишенные продуктивной психической симптоматики и проявлений течения в обычном смысле слова болезненные состояния психической деятельности.

При распознавании психопатий необходимо руководствоваться следующими положениями:

1) характереологическая патология при психопатиях должна быть выражена в такой степени, чтобы она более или менее грубо нарушала адаптацию индивида к окружающей его социальной среде;

2) психопатиям свойственна тотальность характерологической патологии;

3) такая аномальная характерологическая структура отличается стойкостью в течение жизни пациента, малой ее обратимостью.

Деменция — это психическое расстройство, проявляющееся общим снижением интеллектуальной деятельности, часто сопровождающееся ухудшением памяти, акалькулией, патологической отвлекаемостью, изменениями настроения и аффекта, снижением способности к рассуждению и абстракции, обеднением речи и нарушением ориентации. Для деменции характерны выраженные нарушения ориентировки, памяти, восприятия, интеллектуальной деятельности, мышления. Возможно значительное изменение личности, аффекта и поведения. Диагноз ставят в зависимости от этиологии.

Симуляция — это сознательное воспроизведение соматических или психических симптомов для достижения определенной цели. Пациент предъявляет множество жалоб, которые описывает с большой скрупулезностью, легко раздражается, если врач сомнева-

ется в истинности рассказа. Психосоциальная история заболевания отражает необходимость избежать определенной ситуации.

Сюрсимуляция (сверхсимуляция) — симуляция душевного заболевания психически больным (наиболее часто к этому прибегают больные шизофренией).

Аггравация — сознательное стремление к утяжелению имеющихся расстройств (например, установка пациента с некоторыми расстройствами памяти предстать интеллектуально несостоятельным).

Метасимуляция — предъявление при обследовании симптомов перенесенного в прошлом психического расстройства (например, острого алкогольного психоза).

Диссимуляция — сознательное стремление больного к скрытию актуальной патологии (объясняется, как правило, либо анозогнозией, либо болезненными мотивами).

Кратковременное психическое расстройство. Эмоциональный хаос, крайняя эмоциональная лабильность, нарушение чувства реальности после очевидного психосоциального стресса.

Часто необходима госпитализация; может потребоваться использование нейролептиков в небольших дозах, но расстройство часто проходит спонтанно.

Личностный кризис у подростков. Суицидальные мысли и попытки, злоупотребление психоактивными веществами, манкирование школой, проблемы с правоохранительными органами, беременность, бегство из дома, расстройства поведения в связи с приемом пищи, психоз.

Оценка вероятности суицида. Госпитализация в случае необходимости.

Истерия групповая. У группы людей проявляется крайне выраженное переживание горя или другое деструктивное поведение.

Необходимо разобщение группы при помощи медицинских работников. В случае необходимости небольшие дозы нейролептиков.

Пограничное расстройство личности. Мысли и намерения совершить суицид или убийство, злоупотребление психоактивными веществами, микропсихотические эпизоды, ожоги, надрезы на теле.

Необходима оценка вероятности убийства и суицида (госпитализация, если риск значителен). Небольшие дозы антипсихотических препаратов.

Семейный кризис. Для пациента может быть неожиданностью обнаружение внебрачной связи у своей супруги(а), известие о серьезной болезни у себя или супруги, требование развода или

проблемы с детьми или на работе. Один или оба супруга могут быть психически больными, один может требовать госпитализации другого.

Необходимо обследовать психическое состояние на данный момент каждого из супругов.

Острая алкогольная энцефалопатия Гайе—Вернике может дебютировать: психическими расстройствами; судорожным синдромом; различными соматическими расстройствами (острый панкреатит, пищевая токсикоинфекция, гепатохолецистит; как острое инфекционное заболевание (подозрение на менингит). Варианты течения острой алкогольной энцефалопатии: с присоединением дыхательной недостаточности; протекающая на фоне печеночной недостаточности.

Острые психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга

Сосудистые заболевания головного мозга со свойственными им разнообразными нервно-психическими нарушениями являются одним из проявлений общих сосудистых заболеваний, из которых наиболее распространены атеросклероз, гипертоническая болезнь (или их сочетание), гипотоническая болезнь.

Психические нарушения сосудистого происхождения весьма неоднородны как по клинической картине, так и по типу течения. Выделены следующие группы расстройств:

1) нарушения так называемого непсихотического уровня в виде астенической, неврозоподобной (невростеноподобной, астеноипохондрической, астенодепрессивной) дисфорической и другой симптоматики и личностных изменений. Развиваются с нарастающей интенсивностью или протекают волнообразно;

2) сосудистые психозы, имеющие клиническую картину различных вариантов помрачения сознания, галлюцинаторных, галлюцинаторно-параноидных, параноидных, аффективных и смешанных расстройств. Возникают остро или подостро;

3) сосудистая деменция. Характер и выраженность психических расстройств обычно связан со стадией основного сосудистого заболевания, однако иногда такой прямой зависимости не отмечается.

А. Гипертензивные психозы. Выделяют депрессивную, бредовую и пароксизмальную формы этих психозов.

1. *Гипертензивная депрессия* возникает всегда остро на фоне дальнейшего повышения артериального давления и обычно в

связи с негрубой психотравматизацией, соматогениями или же интоксикациями. Выделяют три варианта гипертензивной депрессии.

Для тревожной депрессии на фоне сниженного настроения характерны интенсивные аффекты тревоги, страха и иногда тоски. Больные охвачены страхом, переживают острое чувство надвигающейся беды, опасности, резкой безотчетной тревоги. Они ко всему присматриваются, чутко прислушиваются к любым звукам, улавливая малейшие изменения в окружающей обстановке и реагируя усилением тревожной депрессии. В дебюте психоза очевидна витальность и беспредметность аффектов. Аффект тоски выражен незначительно. Психомоторной заторможенности обычно нет, напротив, больные моторно оживлены, расторможены.

Больные бредовой группы гипертензивной депрессии на тревожно-депрессивном фоне переживают яркие аффекты тревоги, страха и тоски. В течение дня они переживают различную по глубине депрессию с ухудшением состояния к вечеру. Наряду с идеями виновности наблюдаются также живые чувственные бредовые идеи отношения депрессивной окраски и идеи преследования, которые вплетаются в картину состояния, влияя на поведение больных.

При третьем — меланхолическом варианте гипертензивной депрессии обычно одинаково четко выражены аффекты тревоги, тоски и страха, так что больные не только полны тревожно-боязливых переживаний, но испытывают тяжесть на душе, чувство душевной боли, приобретающее мучительный характер. Состояние больных, окрашенное аффектом тоски, представляется не только как патологически сниженное настроение, но и как угнетенно-подавленная депрессивная картина. Наряду с идеями отношения, также достаточно выражены бредовые идеи виновности, самообвинения и ипохондрические и чаще обнаруживаются суицидные мысли и тенденции больных.

2. *Бредовые психозы при гипертонической болезни* выявляются в трех формах: паранояльной, парафренической и параноидной, причем все они возникают, как правило, остро или подостро на фоне углубления расстройств церебральной гемодинамики и обычно в связи с совпавшим по времени воздействием на больных психотравматизации, соматогений и экзоинтоксикаций.

Паранояльная форма проявляется систематизированным интерпретативным бредом ревности, преследования, ущерба и ипохондрического характера, которые и определяют поведение больных.

Парафренический вариант бредовых гипертонических психозов более сложен по психопатологической структуре, которая состоит из систематизированного бреда ущерба и преследования (редко величия), тесно переплетающегося со слуховыми, висцеральными галлюцинациями, сенестопатиями и реже псевдогаллюцинациями. Здесь налицо общность содержания бреда и расстройств восприятия.

Третья группа бредовых картин представлена больными с отрывочным чувственным бредом, т. е. параноидным синдромом. Возникает на отрицательном эмоциональном фоне (аффекты тревоги, страха) и проявляется бредовыми идеями отношения, преследования, виновности, отравления чувственного характера и конкретного содержания, тесно спаянными с аффектами тревоги и страха.

Возникновение бредовых синдромов при гипертонической болезни обычно совпадает по времени с психическими травмами, алкоголизацией и соматогениями (ИБС, инфаркт миокарда).

3. *Пароксизмальная форма гипертонического психоза* проявляется внезапным (без всяких предвестников) помрачением сознания по делириозному, сумеречному или аментивному типу, которое возникает при углублении расстройств церебральной гемодинамики, спазме мозговых сосудов вплоть до гипертонического криза. Вызывая дезориентировку и грубо видоизменяя поведение больных, эти состояния в первом случае проявляются обильными слуховыми и зрительными галлюцинациями, во втором — двигательным возбуждением с опасной агрессией, в третьем — картиной психической спутанности.

Пароксизмальными являются и так называемые «малые» (в сущности ишемические) инсульты, более типичные для гипертонической болезни. Они возникают при спазме мозговых сосудов. Клинически это проявляется проходящими нарушениями наружной чувствительности, мышечной слабостью вплоть до гемиплегии, временным затруднением и нарушением речи, картинами помрачения сознания и обморочными состояниями.

Б. Атеросклеротические психозы. Они возникают у лиц со склерозом периферических, сердечных сосудов, артерий сетчатки на фоне начальной или же выраженной склеротической деменции.

1. *Атеросклеротическая депрессия.* Развивается, как правило, постепенно на фоне головной боли, головокружения, рассеянной неврологической микросимптоматики.

Чаще всего встречается простая атеросклеротическая депрес-

ния с ее основными симптомами — пониженным настроением и витальным аффектом тоски на фоне умеренного слабоумия. Больные испытывают чувство душевной пустоты, безнадежности, порой высказывают идеи самообвинения и собственной никчемности. Здесь нет психомоторной заторможенности и суточных колебаний настроения (свойственных МДП), но налицо мерцание симптоматики.

При втором варианте — «брюзжащей», «ворчливой» депрессии, проявление тоски на фоне пониженного настроения чувственно мало выразительны, а больные, в связи с изменением конкретной обстановки, по любым поводам приходят в состояние раздражения и однообразно ворчат, недовольные собой и окружающими. Они высказывают также идеи виновности и ипохондрические жалобы, иногда переживают слуховые галлюцинации, навеянные разовой алкоголизацией, бытовой психотравматизацией, соматогениями.

У следующей группы депрессивных больных, наряду с пониженным настроением, чувством безнадежности, аффектами тоски и тревоги и идеями виновности, наблюдаются также бредовые идеи отношения и преследования на фоне двигательной расторможенности, ажитации больных, которые мечутся, обнаруживая суицидные тенденции. Они утверждают, что все смотрят на них с осуждением, враждебно, готовят их убийство и т. д. Это тревожные атеросклеротические депрессии.

Еще у одной группы больных — депрессивно-ипохондрической — на фоне аффектов тоски и тревоги и чрезвычайной фиксации больных на своих внутренних ощущениях, особенно мучительных, сенестопатиях выявляются крайние инертные бредовые ипохондрические идеи в комплексе с идеями виновности и нигилистическими.

2. *Атеросклеротические бредовые психозы.* Чаще всего встречается паранояльная форма затяжных атеросклеротических психозов, представленная систематизированным интерпретативным бредом ревности, ущерба или преследования (нередко маломасштабного характера, черпающим свое содержание из домашнего или служебного окружения. Отсюда в условиях бытовой психотравматизации больной находит опору для построения системы «доказательств». В отличие от гипертензивного — атеросклеротический возникает постепенно и не достигает достаточной систематизации.

Вторая — парафреническая — разновидность атеросклеротического бредового психоза возникает постепенно, проявляется систематизированным бредом преследования, отравления

и ущерба (редко ревности), формирующимся в тесном взаимодействии и переплетении со слуховыми вербальными галлюцинациями и сенестопатиями и протекает хронически в условиях «мерцания» симптоматики с послаблением ее, не достигающим степени ремиссии. Наблюдается недостаточная систематизация, синдромальная незавершенность.

3. *Атеросклеротический галлюциноз.* Эта форма встречается значительно реже на стадии деменции и проявляется обильными, в основном слуховыми вербальными галлюцинациями тягостного, чаще порочащего, угрожающего, даже устрашающего характера. Особой интенсивности они обычно достигают в вечерние и ночные часы, сопровождаются сильными аффектами страха и тревоги и идеями преследования.

В случаях тактильного галлюциноза, т. е. при наличии тактильных и слуховых галлюцинаций и сенестопатий больные переживают также и бредовые идеи ипохондрического характера. Они ощущают ползание паразитов, изнывают от этих расстройств, умоляют помочь от угрозы расправой и от страшной «заразной» болезни.

4. *Эпилептиформный синдром.* Он возникает на поздних этапах атеросклеротического церебрального процесса (нередко — после инсультов) и может проявляться как большими, развернутыми судорожными, так и малыми припадками и картинами сумеречного помрачения сознания.

Инсульты при церебральном атеросклерозе — один из важнейших факторов возникновения психических расстройств.

Острые соматогенные психические расстройства

Соматогенные — это психические расстройства, возникающие в связи с соматическими заболеваниями внутренних органов.

Соматические заболевания, состоящие в поражении отдельных внутренних органов (в том числе и эндокринных) или целых систем нередко вызывают различные психические расстройства. Важными (хотя и условными) критериями их диагностики К. Шнайдер предложил считать наличие следующих признаков: 1) наличие отчетливой клиники соматического заболевания; 2) наличие заметной связи во времени между соматическими и психическими расстройствами; 3) определенный параллелизм в течении психических и соматических расстройств; 4) возможное, но не обязательное наличие экзогенной или органической симптоматики.

Клиническая картина соматогенных расстройств зависит от

характера основного заболевания, степени его тяжести, этапа течения, уровня эффективности терапевтических воздействий, индивидуальных свойств заболевшего, наследственности, конституции, наличия предшествующих вредностей.

Разные стадии заболевания могут сопровождаться различными синдромами. В то же время есть определенный круг патологических состояний, особенно характерных для соматогенных психических расстройств. Это следующие расстройства: 1) астенические; 2) неврозоподобные; 3) аффективные; 4) бредовые состояния; 5) состояния помрачения сознания; 6) органический психосиндром.

1. *Астения* — самое типичное явление при соматогениях, сквозной синдром. В случае появления психотического состояния, астения, как правило, может быть его дебютом, а также завершением.

Астенические состояния проявляются повышенной утомляемостью, иногда с самого утра, трудностью концентрирования внимания, замедлением восприятия, эмоциональной лабильностью, повышенной ранимостью и обидчивостью, быстрой отвлекаемостью. Больные не переносят даже незначительного эмоционального напряжения, быстро устают, огорчаются из-за любого пустяка. Характерна гиперстезия (непереносимость резких раздражителей). Часты нарушения сна.

Помимо астении в чистом виде, довольно часто встречается ее сочетание с депрессией, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондрическими проявлениями.

2. *Неврозоподобные нарушения* — связаны с соматическим статусом и возникают при утяжелении последнего. Особенностью неврозоподобных расстройств, в отличие от невротических, являются их рудиментарность, однообразие, характерно сочетание с вегетативными расстройствами.

3. *Аффективные расстройства.* Для соматогенных психических расстройств очень характерны дистимические расстройства, в первую очередь депрессия в ее различных вариантах.

В период значительного ухудшения соматического состояния возникают приступы тревожно-тоскливого возбуждения, на высоте которых могут совершаться суицидальные попытки.

4. *Психопатоподобные расстройства.* Чаще всего они выражаются в нарастании эгоизма, эгоцентризма, подозрительности, угрюмости, неприязненном, настороженном или даже враждебном отношении к окружающим, истероформных реакциях с возможной склонностью к аггравации своего состояния, стремле-

ния постоянно быть в центре внимания, элементами установочного поведения, тревожности, мнительности.

5. *Бредовые состояния.* У больных с хроническими соматическими заболеваниями бредовые состояния обычно возникают на фоне депрессивного, астенодепрессивного, тревожно-депрессивного состояния. Чаще всего это бред отношения, осуждения, материального ущерба, реже нигилистический, порчи или отравления. Бредовые идеи нестойки, эпизодичны, нередко имеют характер бредоподобных сомнений с заметной истощаемостью больных, сопровождаются вербальными иллюзиями.

6. *Состояние помраченного сознания.* Наиболее часто отмечаются эпизоды оглушения, возникающие на астенически-адинамическом фоне. Степень оглушения при этом может носить колеблющийся характер. Наиболее легкие степени оглушения в виде обнубиляции сознания при утяжелении общего состояния могут переходить в сопор и даже кому. Делириозные состояния часто носят эпизодический характер, иногда проявляясь в виде так называемых абортивных делириев, нередко сочетаются с оглушением или онейритическими (сновидными) состояниями. Для тяжелых соматических заболеваний характерны такие варианты делирия, как мусситирующий и профессиональный с нередким переходом в кому, а также группа так называемого тихого делирия. Тихий делирий наблюдается при хронических заболеваниях печени, почек, сердца, желудочно-кишечного тракта и могут протекать почти незаметно для окружающих. Больные обычно малоподвижны, находятся в однообразной позе, безразличны к окружающему, иногда что-то бормочут. Они как бы присутствуют при просмотре онейритических картин, но периодически это чередуется с состоянием возбуждения в виде беспорядочной суетливости.

Главной особенностью синдромов помрачения сознания при соматических заболеваниях является их стертость, быстрый переход от одного синдрома к другому и как правило на астеническом фоне.

7. *Типичный психоорганический синдром.* Встречается как правило, при длительных заболеваниях с тяжелым течением, таких, как хроническая почечная недостаточность, цирроз печени и явлениями портальной гипертензии.

При соматических заболеваниях чаще встречается астенический вариант психоорганического синдрома с нарастающей психической слабостью, повышенной истощаемостью, плаксивостью, астенодисфорическим оттенком настроения.

А. Психические нарушения при сердечно-сосудистых заболеваниях.

1. *Инфаркт миокарда.* В остром периоде может возникнуть безотчетный страх смерти, достигающий особой выраженности при нарастающих болях. Характерны тревога, тоска, беспокойство, чувство безнадежности. Нередко гиперестезия.

Поведение больных при этом бывает различным. Они могут быть неподвижны, молчаливы, лежат в одной и той же позе, опасаясь малейших движений.

Другие больные, напротив, возбуждены, двигательно беспокойны, суетливы, растерянны. Иногда возбуждение сопровождается чувством безнадежности, отчаяния, близкой смерти.

Резко подавленное настроение, безотчетный страх, тревога, чувство нарастающей катастрофы могут встречаться в остром периоде инфаркта миокарда и при отсутствии болевого синдрома, а иногда быть предвестником его.

Тревожная депрессия, возникающая во время болевого приступа инфаркта миокарда, опасна возможностью суицидальных действий. При ухудшении состояния тоскливо-тревожная симптоматика может смениться эйфорией, что также весьма опасно в силу неадекватного поведения больного.

В остром периоде инфаркта миокарда возможно возникновение состояний помраченного сознания в виде оглушения разной степени выраженности, от обнубиляции и кончая сопором и комой. Могут быть делириозные изменения сознания, а также сумеречные расстройства сознания, что особенно характерно для пожилых людей.

Очень характерна для инфаркта миокарда астеническая симптоматика. Невротические реакции при инфаркте миокарда подразделяются на кардиофобические, тревожно-депрессивные, депрессивно-ипохондрические и, реже, истерические.

2. *Стенокардия.* Поведение больных может быть самым различным. Однако, во время приступа у больных остро формируется аффект страха от легкой до тяжелой степени, сопровождающийся в одних случаях двигательным возбуждением, а в других, напротив, полным воздержанием от малейших движений. Во внеприступный период характерны симптомы в виде сниженного фона настроения с неустойчивостью аффектов (эмоциональная лабильность), повышенной раздражительностью, нарушением сна, который становится тревожным, поверхностным, нередко сопровождается тягостными устрашающими сновидениями. Характерно также легкое возникновение астенических реакций, состояний боязливости и тревоги. Возможны истероформные особенности поведения, фобические состояния.

Б. Психические нарушения при заболеваниях печени.

Разнообразные психические расстройства возникают при хронических заболеваниях печени. Они обычно дебютируют резко выраженной астенией с бессонницей (и извращением суточной формулы сна), на фоне которой в условиях нарастающей токсемии позднее возникают тяжелые делирии, сумеречные состояния и судорожные припадки. Возможны развитие депрессивных состояний, иногда сменяющихся маниакальными состояниями. Позднее, при нарастающем ослабоумливании проявляются галлюцинаторные, параноидные и кататонические синдромы, бредовые идеи отношения, преследования, функциональные галлюцинации, а также судорожные синдромы и коматозные состояния. Психические нарушения при печеночной коме могут развиться и при отсутствии желтухи на фоне выраженных биохимических нарушений.

В. Психические нарушения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Чаще возникают в связи с обострением уже длительной язвенной болезни, или вне обострения, а в связи с психотравмами, алкоголизацией или инфекцией. Сначала на астеническом фоне наблюдаются депрессивно-параноидные синдромы с отрывочным чувственным бредом отравления, воздействия и преследования, но особенно ипохондрического характера. А также налицо слуховые, обонятельные и висцеральные галлюцинации. Психоз продолжается от нескольких недель до 3—4 мес. и в основном завершается выздоровлением.

Г. Бронхиальная астма. До возникновения психозов у больных часто выявляются психопатоподобные состояния с чертами сенситивности, обидчивости и замкнутости. На этом фоне чаще остро воникают психозы в условиях обострения астмы и учащения ее приступов.

Психозы при бронхиальной астме проявляются в трех формах:

1. Пароксизмальная форма проявляется кратковременными (от нескольких часов до нескольких дней) картинами помрачения сознания чаще по сумеречному типу.

2. Галлюцинаторно-параноидная форма — различными (но главным образом слуховыми) галлюцинациями и отрывочным чувственным бредом преследования и отношения.

3. Тревожно-депрессивная форма представлена выраженным эффектом страха и тревоги, бредовыми идеями самообвинения, отношения, преследования и галлюцинаторными включениями.

Д. Злокачественные экстрацеребральные опухоли. У данной группы больных (еще до периода кахексии) наблюдается резко выраженная соматогенная астения, достигающая крайних степеней во время кахексии. На этом фоне возможны краткие делириозные и аментивные эпизоды, быстро редуцирующиеся. Нередко у больных, которым становится известен диагноз, появляется анозогнозия по отношению к своему состоянию, враждебность и недоверие к врачам. У некоторых напротив, выраженная депрессивная реакция и даже с суицидальными тенденциями. Развернутые психозы редки и иногда ненадолго перекрываются состояниями спутанности и делирия.

Е. Сахарный диабет. Диабет у взрослых нередко сопровождается выраженной астенической симптоматикой в виде повышенной утомляемости, снижения работоспособности, нарушения сна, головной боли, эмоциональной лабильности. Нередко отмечаются вялость, снижение настроения с подавленностью и угнетенностью. Возможны психопатоподобные расстройства.

Психические нарушения наиболее выражены при длительном течении заболевания с гипергликемическими и гипогликемическими коматозными состояниями в анамнезе. Наблюдаются судорожные и амнестические синдромы, а также делириозные и аментивные помрачения сознания.

Ж. Инсулома (аденома островковой ткани). Во время приступов гипогликемии нередко возникает эпилептиформный синдром, выражающийся как в припадках, так и в состояниях сумеречного помрачения сознания. Кроме того, у больных могут возникать аментивные состояния различной глубины, напоминающие шизофреническую спутанность.

В период гипогликемических приступов возможны также взрывы злобности и агрессивности. С течением времени характерно нарастание органического синдрома с расстройством памяти, потерей навыков, апатией.

Диагноз соматогенных нервно-психических расстройств основывается на связи их возникновения с наличием соматического заболевания, а также на определенной зависимости степени и характера психических нарушений от соматического заболевания (вплоть до явного параллелизма между ними) в динамике болезни. Поскольку при соматогенных психозах довольно часто наблюдаются депрессивные, кататонические, маниакальные и па-

раноидные синдромы, их следует дифференцировать с шизофренией и маниакально-депрессивным психозом, инфекционными и токсическими психозами.

Острые психические расстройства при черепно-мозговых травмах

Черепно-мозговая травма является частой причиной психических расстройств. В группе экзогенных нарушений психики черепно-мозговая травма по частоте их занимает второе место, уступая лишь алкогольной патологии.

А. Психические расстройства начального и острого периодов. Важнейшим проявлением общемозговых расстройств начального периода черепно-мозговой травмы является помрачение сознания. При легких травмах оно исчерпывается лишь кратким и незначительным состоянием оглушенности. При умеренных и тяжелых контузионно-коммоционных поражениях прямо в момент травмы возникает сопорозное, чаще коматозное состояние.

Кома является наиболее тяжелой степенью помрачения сознания этого качества, т. е. фактически полным выключением сознания. Больные в таком состоянии неподвижны, они не производят никаких движений, не проявляют никакой активности. Здесь нет ни бреда, ни галлюцинаций, ни других продуктивных симптомов. Больные не реагируют ни на речь, ни на громкий и неоднократный оклик, на интенсивные звуковые, световые и иные воздействия; их совершенно невозможно растормошить. Резко угнетена безусловно-рефлекторная подкорковая деятельность: полностью отсутствуют сухожильные рефлексы, отстранение руки при уколе иглой и даже филогенетически более древний защитный рефлекс закрывание век при приближении предметов к глазу. Сохраняется деятельность лишь жизненно важных центров — дыхательного и сосудодвигательного. Однако при неблагоприятном развитии событий нарушается и их функционирование, и больной, не выходя из комы, может умереть. Кома, таким образом,— самое тяжелое, самое глубокое помрачение сознания, его выключение.

Кома — это не заболевание, а один из ведущих синдромов глубоких изменений в организме, определяющих ближайший прогноз жизни больного или пострадавшего. Поэтому всегда этот синдром нужно вносить в диагноз.

Диагностика комы базируется на том, что нет словесного контакта с больным, нет его реакции на боль, свет, звук и целенаправленной защитной двигательной реакции на болевой раз-

дражитель. В зависимости от причин выделяют две группы ком: **цереброгенные**, развивающиеся на фоне мозговых инсультов, черепно-мозговой травмы (ЧМТ), эпилепсии, менингоэнцефалитов, абсцессов или опухолей мозга (для них характерны четкие признаки очагового поражения нервной системы), и **соматогенные**, которые развиваются в результате вторичного повреждения мозга и протекают без стойких очаговых неврологических симптомов.

По этиологии и патогенезу принято различать комы при первичном и вторичном поражении головного мозга. К первым относятся комы при инсульте, черепно-мозговой травме, опухолях мозга, менингите, ко вторым относят комы при эндогенных и экзогенных интоксикациях.

Среди ком при эндогенных интоксикациях выделяют диабетическую, гипогликемическую, гиперосмолярную, печеночную, уремическую, гиперхлорэмическую и др. Причиной ком при экзогенных интоксикациях служат отравления снотворными, транквилизаторами, спиртами, наркотиками, угарным газом, уксусной эссенцией и т. д.

Специфическая этиопатогенетическая *диагностика* коматозных состояний крайне сложна из-за лимита времени, невозможности собрать анамнез, тщательно обследовать больного. Врачу приходится сочетать обследование больного с неотложными лечебными мероприятиями, а иногда только устранять угрожаемые жизни нарушения дыхания и кровообращения. В таких случаях ему крайне необходимы фундаментальные знания медицины, наблюдательность, максимальная собранность, четкость и быстрота действий, умение немедленно получить и систематизировать сведения об обстоятельствах болезни, спланировать и провести обследование больного, выделить среди общих симптомов комы признаки основной болезни, приведшей к развитию недостаточности мозга, поставить диагноз и определить профиль стационара назначения.

Неотложная помощь. Независимо от генеза коматозного состояния в первую очередь предпринимают меры для коррекции угрожаемых жизни нарушений дыхания и кровообращения. Если проводится ИВЛ, необходимо поддерживать режим умеренной гипервентиляции. Нужно обеспечить ингаляцию кислорода. Следует купировать судорожный синдром введением антиконвульсантов (оксибутирата натрия, реланиума, апаурина и др.) в соответствующих дозах до получения эффекта. Судороги, которые не сопровождаются нарушением дыхания или протекают по типу джексоновских, купировать не надо, чтобы не затруднить

дальнейшую диагностику нарастающей внутричерепной гематомы. Устранять гипертермию можно внутримышечным введением 2 мл 50% раствора анальгина, 2 мл тавегила.

Если нет гипотензии, допускается дополнение к этой смеси и 2 мл дроперидола. Для профилактики или уменьшения внутричерепной гипертензии необходимо ввести 120—200 мг лидокаина, внутривенно или внутримышечно. Чтобы устранить артериальную гипертензию, нужно сделать инъекцию 0,01% раствора клофелина или другого гипотензивного препарата.

Если установлен вид яда, вызвавшего экзотоксическую кому, следует провести специфическую защиту (антидотную терапию). При всех острых отравлениях мероприятия для прекращения дальнейшего поступления яда в организм (общие принципы лечения острых отравлений) и дополняется инфузией кровезаменителей с целью уменьшения концентрации яда в организме. Больным с синдромом Гайе—Вернике (осложнением хронического алкоголизма) следует ввести внутривенно струйно 15—30 мл 5% раствора витамина B_1. Больным в глубокой коме желудок промывается после интубации трахеи.

Больным в гипогликемической коме нужно инъецировать внутривенно 60—80 мл 40% раствора глюкозы (не более 100 мл).

Находящихся в лактацидемической диабетической коме следует ввести внутривенно 200—400 мл 4% раствора бикарбоната натрия, а больным в кетоацидотической и гиперосмолярной диабетической комах целесообразно начать регидратацию организма растворами хлорида натрия соответственно 0,9 и 0,45%.

В случаях субарахноидального кровоизлияния психомоторное возбуждение больного следует купировать оксибутиратом натрия или реланиумом, ввести 2 мл 50% раствора анальгина, стабилизировать гемодинамику, обеспечить максимальный покой. Больным с другими формами нарушения мозгового кровообращения проводится синдромальная терапия. Дифференцированное лечение на догоспитальном этапе не выполняется.

Больным с явлениями отека мозга показано внутривенное введение 50—100 тыс. АЕ контрикала (трасилола) в 50 мл 0,9% раствора хлорида натрия, 100—200 мг лидокаина, 2—4 мл 0,25% раствора изоптина в растворе глюкозы (если нет гипотензии и брадикардии), 60—90 мг преднизолона, 2 мл тавегила (супрастина), 1—2 г оксибутирата натрия, по 5 мл 5% раствора витаминов C, B_1 и B_6, 1 мл 30% раствора витамина E (подкожно). В случаях нарастания признаков дислокации головного мозга врач специализированной неврологической бригады может крайне осторожно выполнить спинномозговую пункцию.

При постепенной редукции комы появляются острые травматические психозы (делириозные, сумеречные, аментивные и амнестические), развивающиеся чаще сразу же после выхода больного из комы. Травматический делирий проявляется обильными зрительными и слуховыми галлюцинациями, отрывочными бредовыми идеями, аффектом страха на фоне сложного двигательного возбуждения. Больные вскакивают с постели, порываются бежать, подают команды и выполняют автоматизированные действия. Из такого делирия, обычно через критический сон, больные выходят в тяжелую травматическую астению. В других случаях неполная обратная динамика церебральных расстройств (по ходу редукции комы) выливается в также преходящие сумеречные состояния с аффектом страха, патологически суженным сознанием и с преобладанием либо двигательных автоматизмов и агрессивности, либо живых и аффективно насыщенных галлюцинаций и отрывочных бредовых идей. Возможны у таких больных аментивные и амнестические синдромы. При аментивных картинах на фоне дезориентировки в месте, времени и окружающем и тревожно-боязливых аффектов наблюдается аментивная речевая спутанность и резкая слабость осмысления окружающего, неспособность к запоминанию текущих событий.

По мере прояснения сознания выявляется тяжелая астения и катастрофическая психическая истощаемость: больные адинамичны, почти все время спят, в момент кратких перерывов такого состояния ситуацию полностью не охватывают и затем снова погружаются в сомнолентное состояние.

Корсаковский (амнестический) синдром проявляется как ретроградной, так и фиксационной амнезиями. При сохранении предметного контакта и понимании собеседника, больной не способен удержать в памяти текущие события и проявляет пассивность и беспомощность. Все это дополняется псевдореминисценциями, заполняющими пробелы памяти у больных. Травматический судоромутизм — частая форма психической патологии при травме воздушной взрывной волной. Клинически картина этого синдрома проявляется утратой способности слуха и речи, обнаруживающейся либо сразу же после травмы, либо после выхода больных из комы, оглушенности или острого травматического психоза. Лишенные слуха и прямого речевого контакта с окружающими, они поддерживают таковой посредством письма и жестикуляции. Этим больным также свойственна резко выраженная травматическая астения в виде повышенной возбудимости, раздражительности, гневливости.

Б. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы. В остром периоде при благоприятных обстоятельствах и своевременно проведенном лечении в большинстве случаев через 2—6 недель после травмы психические расстройства постепенно редуцируются.

Однако в части случаев (главным образом, после тяжелых травм) психические расстройства, оставаясь надолго, принимают затяжной характер и клинически проявляются разнообразными синдромами.

Псевдоневрастеническое состояние является наиболее частой картиной психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. В силу явной слабости внутреннего активного торможения с трудом сосредотачиваются на задании, быстро истощаются, обнаруживая крайнюю несдержанность и раздражительность, переходят на крик, оскорбления. Однако такой взрыв быстро угасает, сменяясь психическим бессилием, физической слабостью, астеническими жалобами и слезами. И так многократно проявляется эта картина раздражительной слабости. Постепенно гипостеническая форма может переходить к гиперстенической. Больные проявляют большую нетерпеливость, быстро теряют самообладание, выявляют гневливые аффекты, раздражительность, всех оскорбляют. Им свойственны утомляемость, забывчивость, нарушение сна и низкая работоспособность.

На этапе отдаленных последствий черепно-мозговой травмы на фоне вызванной ею астении через несколько лет после редукции острого периода у больных нередко возникают не отдельные аффективные, истерические и иные реакции, а более широкие — личностные девиации, то есть психопатоподобные состояния. Во многих случаях здесь преобладают чрезмерная эмотивность, неустойчивость основного эмоционального фона, эгоцентризм и стремление поставить себя в центр внимания окружающих, т. е. истеоформные черты, часто сочетающиеся с общей повышенной психической возбудимостью (вплоть до огневой возбудимости с агрессивностью) и эксплозивностью.

Сумеречное состояние — нередкое осложнение отдаленных последствий черепно-мозговой травмы. Оно чаще возникает у больных с большими и малыми судорожными припадками, обычно непосредственно вслед за ними, но может возникать и самостоятельно, независимо от судорожных припадков и в этом случае имеют преимущественно «бредовую» структуру), т. е. обильную галлюцинаторно-бредовую продукцию в рамках суженного сознания) с краткими периодами прояснения сознания.

Дисфорические состояния. Среди разнообразных эмоциональных расстройств у больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы возможны возникащие спонтанно, без видимых внешних причин периоды злобно-раздражительного настроения, дисфорические состояния; они при достаточной их глубине чреваты агрессией и склонностью больных к самоповреждению. Особенно опасны глубокие дисфории с бредовой настроенностью больных и мимолетными эпизодами затемнения сознания.

В. Поздние травматические психозы. В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, в случаях неблагоприятной динамики процесса всегда налицо астения. Астения, резко возрастающая вследствие дополнительных патогенных воздействий — переутомления, соматических болезней, психотравматизации, интоксикации (особенно алкогольной), оказывается благоприятной почвой для возникновения поздних травматических психозов. Чаще всего они проявляются в галлюцинаторно-параноидной, депрессивной, маниакальной, и значительно реже в кататонической, амнестической и псевдопаралитической формах.

Галлюцинаторно-параноидная форма проявляется разнообразными отрывочными бредовыми идеями — преследования, отношения, воздействия и ипохондрическими. Чувственный бред здесь сочетается со слуховыми, соматическими, порой и со зрительными галлюцинациями. Память у больных снижена, в афективной сфере — раздражительность и злоба, налицо чувственное оскудение. В дебюте психоза (особенно возникающего под влиянием инфекции или алкоголизации) такая сложная симптоматика выливается в помрачение сознания, чаще делириозное.

Депрессивная форма неоднородна по своей психопатологической структуре. Наблюдается усиление астении и переход ее в субдепрессию циклотимного уровня и затем — полное развитие психотического приступа.

Маниакальные состояния обычно возникают остро и чаще оказываются гневливыми. Маниакальный аффект нестойкий, схожий то с эйфорией или слабодушием со слезами, то с грубой раздражительностью.

Псевдопаралитическая форма чаще выявляется вследствие повторных черепно-мозговых травм, и на фоне снижения основных форм познавательной деятельности в статусе содержит идеи величия и несметного богатства.



Наиболее часто наблюдаются аменции с кататоническими явлениями и мании со спутанностью. Имеет место глубокое помрачение сознания с нарушением ориентировки в окружающем и собственной личности, резкое психомоторное возбуждение, галлюцинаторные переживания, бессвязность мышления (инкогеренция), речи, движений и растерянность. Возбуждение довольно однообразное, ограниченное пределами постели. Больная беспорядочно мечется из стороны в сторону (яктация), вздрагивает, вытягивается, но иногда стремится куда-то бежать, и может броситься к окну; испытывает страх, речь бессвязная. Нередко в клинической картине психоза перемешаны элементы делирия и аменции.

В крайне тяжелых случаях с выраженными биохимическими изменениями крови (гиперазотемия, альбуминурия) и повышенным артериальным давлением возможен летальный исход.

Послеродовые психозы могут быть симптоматическими (связанными с послеродовыми септическими процессами) и эндогенными (шизофрения, МДП), спровоцированными родами. Дифференциальная диагностика трудна, так как психозы различного генеза имеют сходную клиническую картину. Однако делириозные эпизоды и развитие кататонических расстройств на высоте аментивного состояния свидетельствуют в пользу симптоматического психоза, а развитие аменции вслед за кататоническим возбуждением более характерно для шизофрении. Если психоз возник спустя две недели после родов, в неосложненном послеродовом периоде, то диагноз симптоматического психоза сомнителен.

XIII. План психиатрического обследования и выработки лечебно-тактического решения в практике догоспитального этапа скорой психиатрической помощи

Беседа с пациентом — основа правильной диагностики в медицине вообще и в психиатрии в частности, а общение между врачом и пациентом — залог правильной тактики и эффективного лечения.

Целями беседы являются:

1) выяснение временной перспективы жизни пациента;

2) установление первоначального контакта и взаимопонимания между врачом и пациентом;

3) достижение взаимного доверия и открытости;

4) понимание состояния пациента;

5) определение диагноза на синдромальном уровне;

6) разработка плана оказания медицинской помощи (психотерапевтическая беседа, медикаментозное купирование возбуждения, методы удержания) и дальнейшая тактика:

а) на месте с последующей передачей активного вызова врача-психиатра ПНД;

б) передача другим специализированным службам;

в) доставка в приемное отделение профильного стационара.

Методика собеседования с больным

- По ситуации. Выберите удобное, уединенное помещение.
- Представьтесь, поздоровайтесь с пациентом, назовите его по имени, объясните цель беседы.
- Сделайте так, чтобы пациент почувствовал себя свободно, установите взаимный контакт, проявив расположение и чуткость.
- Не делайте оценочных суждений.
- Внимательно наблюдайте за поведением пациента, за его позой, манерами и внешностью.
- Не делайте слишком много записей.
- Поддерживайте активную беседу. Не спорьте, не злитесь.
- Используйте слова и понятия, соответствующие интеллекту пациента.
- Продолжительность беседы в зависимости от состояния пациента: меньше времени займет беседа с неохотно идущими на контакт пациентами или находящимися в остром состоянии, больше времени с разговорчивым, охотно принимающим участие в беседе пациентом.
- Задавайте общие вопросы невротичным, разговорчивым, с высоким интеллектом пациентам, например: «Расскажите мне больше об этом». В ограниченных по времени беседах или при психозах, делирии, слабоумии используйте четкие и конкретные вопросы (конкретные вопросы обычно требуют ответа «да» или «нет»). Избегайте вопросов-подсказок, например: «Вы чувствуете себя угнетенным, не так ли? Характер собеседования зависит от ситуации.
- Психиатрическое обследование состоит из двух частей: выяснения истории болезни и психического состояния на данный момент.

Особые ситуации и виды собеседования

- Аутичный пациент.
  Будьте активны, направляйте беседу. Обращайте внимание на невербальные диагностические критерии, на телодвижения. Меняйте тему разговора, если у пациента возникают трудности с обсуждением того или иного предмета.
  Сконцентрируйте свое внимание на конкретной проблеме пациента. Спросите, как реагирует на нее каждый из членов его семьи — злится, заинтересован, испуган, проявляет беспокойство, кто хочет оказать помощь.
- Пациент с симптомами депрессии.
  Выявите суицидальные мысли. Если они есть, то существует ли у пациента определенный план? Попытайтесь повысить самоуважение пациента, позитивно оценив его личность в конце беседы.
- Агрессивный пациент.
  Не запирайте комнату. Стойте, или сядьте рядом с дверью, чтобы можно было быстро выйти. Рядом, по обе стороны пациента — члены бригады СПП — фельдшера.
- Пациент с психосоматическими симптомами.
  Не обсуждайте соматические симптомы по типу «это лишь ваши воображения». Убедите пациента в том, что его жалобы «реальны», но происхождение их может быть разным, в том числе и психогенного характера.
- Пациент с бредовыми расстройствами.
  Не критикуйте ошибочные суждения пациента напрямую; вы можете сказать, что не согласны с его умозаключением, но понимаете его.
- Пациент с маниакальным расстройством.
  Постарайтесь установить рамки, в которых будет проводиться беседа. Скажите пациенту, что вам необходимо получить специальную информацию, например о том, кто является членом его семьи, а потом вы поговорите на другие темы. Будьте твердым, но не воинственным.

Психиатрическая история болезни

История болезни (анамнез) пациента, страдающего психическим расстройством, отражает историю его жизни, начиная с рождения до настоящего времени.

- Личные данные.
  Имя, возраст, происхождение, пол, семейное положение, об-

разовани, адрес, номер телефона, род занятий, источник получения дополнительных сведений или источник информации, если пациент не в состоянии предоставить ее.

- Основная жалоба.

  Краткое объяснение словами пациента, почему он обратился или к нему вызвали врачей на консультацию. В чем причина беспокойства?

- Анамнез заболевания.

  Развитие симптомов с начала болезни до настоящего времени; связь с жизненными событиями, конфликтами, факторами стресса; отказ от прежнего образа жизни.

  Делайте записи со слов пациента. Узнайте о предыдущих госпитализациях и лечении.

- Предыдущие психические (соматические заболевания. Психические расстройства; психосоматические, соматические, неврологические заболевания (черепно-мозговые травмы, судорожные состояния).

  Выясните, насколько серьезными были заболевания, каким было лечение, последствия, к которым привела болезнь.

- Прошлое пациента:

  а) рождение и младенчество — в той степени, в которой это известно пациенту;

  б) детство.

  Общее поведение, взаимоотношения с родителями или воспитателями, сверстниками, разлука с близкими, кошмарные сновидения, энурез, страхи;

  в) подростковый возраст.

  Взаимоотношения со сверстниками и представителями власти, учеба в школе, эмоциональные проблемы, использование наркотиков, возраст полового созревания.

- Взрослая жизнь.

  Работа, выбор карьеры, супружеские взаимоотношения, дети, образование, военная служба, вероисповедание.

- Сексуальное развитие.

  Половое созревание, мастурбация, аноргазмия, импотенция, преждевременная эйякуляция, парафилии, сексуальная ориентация.

  Есть ли сейчас или были в прошлом какие-то проблемы, связанные с половой жизнью?

- Семья.

  Психические, соматические наследственные заболевания матери, отца, братьев или сестер. Отношение к каждому члену семьи, финансовые взаимоотношения.

Психическое состояние

Информация о психическом состоянии больного представляет собой итог наблюдений и впечатлений психиатра на данный момент.

- Внешний вид. Обратите внимание на наружность, походку, одежду, внешний вид (опрятный или неряшливый), позу, жесты, выражение лица, на то, что моложе или старше своих лет выглядит пациент.

  Неряшливый вид при органическом или неорганическом расстройстве, резко сужены зрачки при злоупотреблении наркотиками, сутулая осанка при депрессии.

- Моторное возбуждение. Уровень активности — психомоторное возбуждение или психомоторная заторможенность: тики, тремор, автоматизм, манерность, гримасничание, стереотипии, негативизм, апраксия, эхопраксия, восковая гибкость; эмоциональное состояние — беспокойное, напряженное, паническое, смущенное, печальное, безрадостное; голос — слабый, громкий, хриплый, визуальный контакт.

  Комментарий. Неподвижная поза, странное поведение при шизофрении, гиперактивное — при злоупотреблении возбуждающими средствами (кокаином) и при маниакальном синдроме, психомоторная заторможенность во время депрессии, тремор при беспокойстве.

- Отношение к собеседованию. Как пациент относится к тому, кто беседует с ним,— раздражен, агрессивен, старается вызвать к себе симпатию, сдержан, занимает оборонительную позицию, апатичен, охотно идет на контакт, саркастичен.

  Комментарий. Подозрительность при паранойе, стремление понравиться при истерии, апатичность при соматическом заболевании или деменции.

- Настроение. Устойчивое эмоциональное состояние — мрачное, напряженное, безысходное, восторженное, печальное, отмеченное ликованием, эйфорией, угнетением, апатией, напыщенностью, ангедонией, боязливое, суицидальное, нигилистическое.

  Комментарий. Суицидальные мысли возникают у больных депрессией, эйфория — при маниакальном синдроме.

- Эмоциональная реакция. Эмоциональный тонус, связанный с какой-либо идеей,— лабильный, сниженный, соответствующий содержанию, не соответствующий содержанию, ровный, равнодушный.

  Комментарий. Изменения в эмоциональном состоянии обыч-

ны при шизофрении; утрата речевого ритма при органическом или неорганическом расстройстве, при кататонии.

- Речь. Медленная, быстрая, затрудненная, бедная, с заиканиями или бормотанием, отрывистая. Артикуляция, наличие афазии, капролалии, эхолалии, речевого недержания. Бессвязность, недостаточность речи, вычурная речь.

  Комментарий. У пациентов с маниакальным синдромом напористая речь; обеднение речи во время депрессии; неровная или неразборчивая речь при органическом заболевании.
- Нарушения восприятия. Галлюцинации обонятельные, слуховые, осязательные (тактильные), вкусовые, зрительные; эмоциональные ощущения при засыпании или во время пробуждения; ощущение нереальности (уже виденное), уже слышанное, макропсия.
- Содержание мыслей. Бред преследования (параноидный), величия, ревности, соматический, сенсорный, передача мыслей на расстоянии, вкладывание мыслей. Идеи отношения, идеи нереальности, фобии, навязчивые состояния, импульсивные побуждения, психическая двойственность, аутизм, фантазирование, перерыв ассоциаций, одержимость мыслями о самоубийстве или убийстве, конфликты, нигилистические идеи, ипохондрия, деперсонализация, дереализация, наплыв мыслей, фиксированная идея, магическое мышление, неологизмы.

  Комментарий. Соответствует ли бред настроению.
- Процесс мышления. Идеи, направленные на достижение каких-то целей, разорванность, нелогичность мышления, легкий переход с одного предмета обсуждения на другой, уместность, обстоятельность, способность к абстрагированию, наплыв мыслей, ассоциации, вызванные звуками, персеверации.

  Комментарий. Разорванность мышления указывает на шизофрению, наплыв мыслей — на маниакальный синдром, неспособность к абстрагированию — на шизофрению, повреждения головного мозга.
- Сознание. Уровень сознания — ясное, спутанное, помраченное, коматозное, ступорозное; ориентация во времени, пространстве, окружающих лицах; познавательная способность.
- Память.

  Долговременная (длительная).

  Кратковременная.

  Непосредственная (оперативная).
- Способность концентрировать внимание и считать. Способность к вниманию, повышенная отвлекаемость, способность выполнять простейшие вычисления.

- Интеллектуальный уровень и информированность. Словарный запас, уровень образования, запас знаний.
- Мышление, способность к умозаключениям. Способность понимать связь между фактами и делать соответствующие выводы, реагирование в тех или иных социальных условиях.
  Комментарий. Нарушенная способность к умозаключениям при органическом поражении головного мозга, шизофрении, пограничной интеллектуальной недостаточности, интоксикации.
- Адекватная самооценка. Понимание пациентом того, что у него есть физические или психические нарушения; отрицание наличия заболевания, приписывание вины внешним факторам; понимание необходимости лечения.
  Комментарий. Сниженный уровень самооценки при делириозном синдроме, деменции, лобном синдроме, психозе, пограничной интеллектуальной недостаточности.

Особенности диагностической оценки состояния детей и подростков

- Дополнение информации, полученной от пациента, членами его семьи, опекунами, учителями и другими источниками.
- Врач должен хорошо знать процессы нормального развития детей и подростков для адекватной оценки особенностей отклонений от нормы в конкретных возрастных периодах.
- При сборе психиатрического анамнеза необходимо учитывать современные диагностические критерии.
- Семейный психиатрический анамнез необходим для получения сведений о наследственной предрасположенности и влиянии окружающей среды, с которыми связано возникновение многих расстройств. Выделенные принципы не полностью отражают возрастную специфику психиатрической диагностики и требуют дополнения.
  Диагностика в младенческом возрасте основывается главным образом на внешних проявлениях: застывший взгляд, амимичность, вялость, снижение аппетита, безудержный плач и пр.
  В детском возрасте наряду с оценкой поведения необходимо учитывать особенности контакта с ребенком, характер его игровой деятельности, интересы, склонности, особенности рисунка, детские страхи, вредные привычки.
  Для подросткового возраста комплекс диагностических признаков кроме того включает:
- Возрастные особенности клинической картины, в том числе маскированность, фрагментарность, изоморфность и психопа-

тологическую незавершенность симптоматики, а также усложнение ее с возрастом.

- Фазы развития ребенка (в том числе возрастные кризы). Некоторые формы психической патологии имеют определенную связь с возрастными кризами.
- Наследственная отягощенность, генетические нарушения, органические вредности в раннем возрасте и их последствия) в виде разных форм дизонтогенеза — задержки, искажения развития), невропатии, личностные аномалии, энцефалопатии и др.
- Нарушения психического развития у детей, вызванные психическим заболеванием, всегда сосуществует с продолжающимся развитием психики.

При установлении диагноза необходимо также учитывать ряд принципов и условий:

- Осторожность в установлении диагноза по завершении пубертатного криза.
- Дифференциальная диагностика инициальных проявлений заболевания с их отграничением от неболезненных кризовых проявлений (детские и патологические фантазии, подростковая психология, гебоидные расстройства).
- Использование понятия «функциональный диагноз», отражающего многоуровневый характер клинической картины в подростковом возрасте.

Особенности методики общения с пациентом, находящимся в состоянии горя

- Следует побуждать пациента к обсуждению его переживаний. Позволить ему просто говорить об утраченном объекте своей любви, вспоминать положительные эмоциональные эпизоды и события прошлого.
- Не следует останавливать пациента, когда он начинает плакать.
- В случае, если пациент потерял кого-то из близких, следует постараться обеспечить присутствие небольшой группы людей, которые знали покойного(ую), и попросить их говорить о нем (о ней) в присутствии пациента.
- Рекомендовать друзьям и родственникам частые и короткие встречи с пациентом.
- Следует учитывать, что пациент, близкий родственник которого покончил жизнь самоубийством, может отказаться говорить о своих чувствах, опасаясь, что это каким-то образом его скомпрометирует.

Соматическое и неврологическое обследование

Клинические представления психиатра о психическом состоянии пациента завершают данные соматического и неврологического обследования по схемам, принятым в практике догоспитального этапа скорой медицинской помощи, а при выполнении вызова в лечебное учреждение — с использованием уже имеющейся клинической, лабораторной и иной диагностической информации для выявления этиопатогенетической связи психоза с возможным основным заболеванием, особенностями его течения и терапии.

Оценка психического состояния и запись выводов в истории болезни (карте вызова) скорой психиатрической помощи

Результатом обследования должны стать выводы о наличии или отсутствии у пациента острого психического расстройства и одержимости мыслями об убийстве или самоубийстве. Эти выводы отражаются в диагнозе в карте вызова (истории болезни) скорой медицинской психиатрической помощи и обосновывают лечебно-тактическое решение.

XIV. Стандарты неотложной психиатрической помощи при острых и тяжелых психопатологических состояниях на догоспитальном этапе бригадами скорой психиатрической помощи

Медицинская помощь при неотложных состояниях в психиатрии заключается по показаниям в:

1. Физическом удержании (фиксации пациента).
2. Фармакотерапии.
3. Доставке в стационар.

Важную роль играют доступность скорой медицинской помощи, в т. ч. специализированной скорой психиатрической помощи.

Общая стратегия при оказании скорой помощи пациенту состоит в обеспечении безопасности его, окружающих и медперсонала, предотвращение нанесения больным возможного вреда, в т. ч.:

а) предотвращение самоубийства и самоповреждения;

б) предотвращение проявления агрессии к окружающим.

Выбор оптимального объема лечебных и тактических ме-

роприятий обеспечивается стандартами, апробированными в Санкт-Петербурге с 1996 г. и внедренными в практику Комитетом по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга.

Обязательные условия применения стандартов

- Правильный выбор стандарта, соответствующий клинической ситуации (модели пациента и модели патологического состояния).
- Соответствие квалификации и оснащения персонала уровню оказания помощи.
- Понимание не только используемого раздела, но и стандарта в целом.
- Учет специфики неотложного состояния и индивидуальных особенностей больного для внесения обоснованных изменений.
- Применение минимально возможного количества и доз препаратов, использование регулируемых способов их введения.
- Учет противопоказаний, взаимодействия и побочных эффектов лекарственных средств.
- Оказание неотложной помощи в максимально ранние сроки в минимально достаточном объеме.
- Своевременная передача больного непосредственно специалисту.

Следует подчеркнуть, что наличие даже самого совершенного стандарта не исключает творческого подхода к купированию неотложных состояний. В настоящее время в психиатрической практике не существует способа предсказать, какое именно лекарство больше подходит для конкретного больного и в какой дозировке. Поэтому начинать лечение следует с наиболее изученного, тропного к данному синдрому препарата, постепенно заменяя его на другой в случае неэффективности.

Целью догоспитального этапа является снижение интенсивности болезненных проявлений, позволяющее обеспечить доставку больного в стационар и проведение первичного обследования дежурным психиатром.

Медикаментозное купирование возбуждения при психических расстройствах в практике работы психиатрических бригад

Практика скорой помощи показывает, что непосредственным поводом к вызову врача-психиатра обычно служит возбуждение больного. Возбуждение является одним из проявлений болезни, «узловой» ее точкой, в которой проявляются специфические

для каждого заболевания особенности. Аффективная «окраска» возбуждения позволяет судить, насколько остро протекает само заболевание. Ярко выраженное, аффективно окрашенное возбуждение, свойственное остро протекающим расстройствам, прогностически более благоприятно и лучше поддается купированию.

Возбуждение — сложное патологическое состояние; оно слагается из отдельных компонентов: речевого, двигательного, психического (ускоренного типа ассоциаций), растерянности, тревоги, страха, бреда. Состояния возбуждения неспецифичны и их клинико-психопатологическое своеобразие сохраняется лишь до известной степени. Нарастание возбуждения стирает различия между отдельными его типами, оно может становиться хаотичным, мышление бессвязным, аффект достигает максимальной напряженности. Возбуждение ведет к значительным метаболическим изменениям, расходованию энергетических и пластических ресурсов организма, вторичной гипоксии мозга, способствует развитию декомпенсации и острых расстройств сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем.

В условиях скорой помощи часто встречаются состояния возбуждения, развившиеся на фоне острой черепно-мозговой травмы, острых нарушений мозгового кровообращения, прекоматозных состояний, экзогенных отравлений, например фосфорорганическими инсектицидами, эндогенных интоксикаций, в том числе при инфекционных болезнях, инфаркте миокарда, острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и др.

Недооценка соматического состояния в этих случаях может привести к неправильным тактическим действиям, в результате которых больной, нуждающийся в экстренной терапевтической, хирургической и иных видах помощи, получит ее с большим опозданием. Неправильное представление о причине возбуждения может повлечь за собой использование слишком больших доз психотропных препаратов, что приведет к значительным, иногда критическим расстройствам жизненно важных функций или извращению клинической картины.

Купирование возбуждения у психически больного — это начало его лечения независимо от того, будет больной госпитализирован или оставлен на месте.

Основные принципы купирования возбуждений в скорой помощи:

— квалифицируют тип возбуждения, его место в структуре основного синдрома и основные компоненты возбуждения;

— определяют уровень расстройства и выбирают препараты в соответствии спектра их действия уровню расстройств;

— оценивают соматическое состояние больного; дозы препаратов и путь их введения выбирают в зависимости от соматического и физического состояния больного;

— назначают ударные дозы (максимально допустимые при разовом применении) — это позволяет достичь максимального эффекта в минимальный срок;

— назначают симптоматическую терапию в зависимости от причины возбуждения;

— для профилактики ортостатических осложнений одновременно с психотропными средствами вводят кордиамин или другие аналогичные препараты.

Общие подходы к психофармакотерапии возбуждения. Каждый психотропный препарат имеет свой спектр активности, включающий общее антипсихотическое действие (воздействие на психоз в целом, обрывающее психоз действие) и избирательное действие на отдельные «симптомы-мишени» (на тревогу, страх, галлюцинации, бред, кататонические расстройства и т. д.). Хотя по спектру активности психотропные средства адресуются к психотическому уровню расстройств, все они соматотропны, так как воздействуют на различные органы и системы организма.

Препараты, эффективно действующие на психотическом уровне расстройств (нейроплегики и нейролептики): *1-я группа* — обладающие общим седативным (успокаивающим, купирующим возбуждение) действием — аминазин, тизерцин, хлорпротиксен, пропазин; *2-я группа* — избирательно воздействующие на галлюцинации и бред — триседил, галоперидол, стелазин; *3-я группа* — оказывающие общее антипсихотическое действие — галоперидол, аминазин, хлорпротиксен, тизерцин, пропазин; *4-я группа* — обладающие избирательным антипсихотическим эффектом — стелазин, мажептил, френолон, триседил.

Препараты, эффективные преимущественно при невротическом уровне расстройств и при невротических синдромах в рамках психотических состояний (транквилизаторы) — феназепам. седуксен, эуноктин, оксибутират натрия.

При купировании возбуждений с целью «психофармакологического связывания» предпочтительны комбинации препаратов 1-й и 2-й групп (общеседативное действие препаратов 1-й группы углубляется и усиливается за счет частичной редукции галлюцинаций и бреда препаратами 2-й группы). Для обрыва психоза в условиях психиатрической скорой помощи на амбулаторных этапах применяются препараты 3-й и 4-й групп, одновременно назначается психокорректор циклaдол.

Оптимальный путь введения препаратов при купировании возбуждений — внутримышечный, хотя иногда можно использовать и другие пути — внутривенный, прямокишечный.

Дозы психотропных средств для купирования возбуждений могут определяться типом возбуждения. Выбор дозы зависит от общего функционального фона, на котором возникло возбуждение. В тех случаях, когда возбуждение возникло как проявление декомпенсации психического заболевания (больной соматически здоров), для его купирования могут быть использованы максимальные дозы. В случаях возбуждения, являющегося следствием глубоких метаболических расстройств (интоксикации, тяжелые инфекции и др.), необходимо уменьшить дозу или даже отказываться от сильно действующих нейролептиков и нейроплегиков (аминазин, тизерцин, пропазин, галоперидол, триседил и др.) и ограничиться применением «малых» транквилизаторов и седативных средств (натрия оксибутират).

Минимально эффективные и высшие разовые дозы психотропных средств, которые могут применяться при внутримышечном введении:

— аминазин 2,5% раствор — 50—150 мг;

— пропазин 2,5% раствор — 50—150 мг;

— тизерцин 2,5% раствор — 25—75 мг;

— галоперидол 0,5% раствор — 5—10 мг;

— триседил (трифлуперидол, триперидол) 0,1% раствор — 1,25—5 мг;

— хлорпротиксен (труксал) 2,5% раствор — 25—100 мл;

— стелазил (трифтазин) 0,2% раствор — 4—6 мг;

— френолон (метафеназин) 0,5% раствор — 5—10 мг;

— антидепрессант мелипрамин (имизин) 1,25% раствор — 25—75 мг;

— седуксен (реланиум) 0,5% раствор — 10—30 мг.

Типы возбуждений. *Делириозное возбуждение* наблюдается при делириях различной этиологии: алкогольном, интоксикационном, инфекционном, травматическом и др.

Купирование: седуксен (реланиум), галоперидол, тизерцин, как исключение — аминазин.

Галлюцинаторно-бредовое возбуждение наблюдается при шизофрении, эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, инволюционном психозе, алкогольном галлюцинозе. Возбуждение определяется характером бреда и галлюцинаций. Для таких больных характерны отгороженность и недоступность, которые

внезапно прерываются бурными, часто нелепыми и хаотичными двигательными актами; аффект напряжений, злобный.

Купирование: галоперидол, тизерцин, аминазин, триседил, хлорпротиксен, стелазин.

Депрессивно-параноидное возбуждение наблюдается при параноидной и периодической шизофрении. При общей параноидной настроенности для возбуждения характерны тревожная ажиатация, идеи самообвинения, иллюзорные галлюцинации, связанные с бредовыми идеями виновности. Возможны кататонические проявления и онейроидные эпизоды с соответствующим возбуждением.

Купирование: тизерцин, хлорпротиксен, триседил, мажептил; аминазин применяют для психофармакологического связывания только во время транспортировки.

Меланхолическое возбуждение характерно для маниакально-депрессивного психоза, встречается при шизофрении, эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, при симптоматических психозах. На фоне депрессивного синдрома развиваются приступы двигательного возбуждения с заламыванием рук, стонами, самообвинениями, тоскливостью и растерянностью. Могут наблюдаться разрушительные действия. Чрезвычайно высока опасность суицидных действий, часто изощренно и тщательно подготовленных.

Купирование меланхолического возбуждения: тизерцин, галоперидол, седуксен.

Психопатическое и истерическое возбуждение наблюдается у больных психопатией, неврозами, простой шизофренией, у больных с органическими заболеваниями головного мозга с психопатизацией личности. Для психопатического возбуждения характерно несоответствие эмоциональной реакции, крайне бурной, силе и качеству раздражителя, часто минимального; возбуждение двигательное, с криком, бранью, злобой, сопротивление осмотру и собеседованию, часто агрессия и автоагрессия, разушительные действия. Возбуждение вначале целенаправленное — на реализацию влечения или установки, затем — глобальное, с сужением сознания.

По мере нарастания возбуждения сознание сужается, иногда до истерических сумеречных состояний с наплывом ярких галлюцинаций, замещающих реальную обстановку.

К у п и р о в а н и е: седуксен, аминазин, сульфат магния. Обязательно удаление всех лиц, окружающих больного.

Суетливое старческое возбуждение наблюдается при выраженном атеросклерозе мозговых сосудов и атрофических процессах в головном мозге у пожилых и старых больных. Развивается на фоне старческой бессонницы при наплыве тревожных мыслей и опасений. Больные совершают бесцельные действия и двигательное беспокойство (не удерживаются в постели и в комнате, куда-то суетливо собираются, стремятся выйти на улицу, при попытке удержать их оказывают довольно активное сопротивление, даже проявляют агрессию).

К у п и р о в а н и е: седуксен, феназепам, радедорм, пропазин, сульфат магния, сосудорасширяющие, ингаляция кислорода с воздухом с помощью аппарата КИ-3М.

Эпилептическое и эпилептиформное возбуждение наблюдается у больных эпилепсией и органическим заболеванием головного мозга. Возбуждение обычно протекает на фоне сумеречного расстройства сознания и по своей интенсивности превосходит все другие варианты возбуждения, встречающиеся в психиатрической практике. Характерна крайняя степень агрессивности, направленной на окружающих. Сумеречное сознание исключает возможность контакта с больными и критику больного к своим действиям. Галлюцинации яркие, устрашающего характера, с картинами пожаров, убийства, мировых катастроф; больной слышит крики, угрозы, стоны, видит льющуюся кровь, ощущает запах гнили, серы. Характерно сочетание тоски и злобы, раздражительности, часто агрессия и аутоагрессия — как разрядка аффекта. Сознание сохранено, реже сужено.

К у п и р о в а н и е: аминазин, тизерцин, галоперидол, хлорпротиксен, мажептил.

Кататоническое возбуждение наблюдается при шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, затяжных симптоматических психозах. «Немое» безмолвное возбуждение хаотично, бессмысленно, с агрессией, яростным сопротивлением окружающим, часто аутоагрессия. Для «импульсивного» возбуждения характерны неожиданные, внешне немотивированные поступки: больные внезапно вскакивают, куда-то бегут, нападают на окружающих с бессмысленной яростью, застывают на непродолжительное время и вновь возбуждаются.

Купирование: аминазин, тизерцин, галоперидол, хлорпротиксен, мажептил.

Реактивно-обусловленное возбуждение возникает как реакция на психотравмирующую ситуацию. Больной мечется, куда-то стремится, не реагирует на вопросы, совершает бессмысленные поступки, рвет на себе волосы, движения хаотичны, беспорядочны.

Купирование: седуксен, тизерцин, аминазин, хлорпротиксен, феназепам.

При чрезвычайных ситуациях (землетрясения, промышленные катастрофы, аварии на транспорте, пожары и др.), связанных с угрозой для жизни, или сразу после них возможны фугоформные реакции, обычно как взаимное индуцирование у лиц с истероидными чертами характера: больные мечутся, куда-то бегут, часто навстречу опасности; преобладает эффект ужаса и страха; сознание может быть изменено по сумеречному типу; характерны вегетативные нарушения. Одной из задач, помимо оказания помощи, является выявление «лидера» или группы «лидеров паники» и немедленное удаление их с помощью милиции из очага.

Маниакальное возбуждение характерно для маниакально-депрессивного психоза. Встречается при шизоаффективных психозах, органических заболеваниях головного мозга, лечении стероидными гормонами и отравлении акрихином. Типичное маниакальное возбуждение возможно в трех вариантах. При «веселой» («эйфорической») мании прекрасное настроение окрашивает все восприятие больных. Они испытывают физическое чувство бодрости, неистощимы и неутомимы в своей деятельности. При «спутанной» мании беспорядочная двигательная активность сопровождается бессвязностью мышления и речи. Для «гневливой» мании характерны раздражительность больных, злобность, бурные реакции с агрессией и разрушительными действиями при попытках окружающих помешать реализации планов больного. Маниакальноподобное возбуждение при шизофрении хаотично, бессмысленно, движения однообразны, речь бессвязная, эмоциональный фон не заразителен для окружающих, как при «чистой» мании.

Купирование: галоперидол, аминазин, реже — триседил, хлорпротиксен по прибытии специализированной психиатрической помощи.

Окончательную формулировку диагноза заболевания и опре-

деление ведущего синдрома проводят в психоневрологической больнице, куда больных доставляют вскоре после частичного купирования возбуждения и «психофармакологического связывания».

Разумеется, предусмотреть все варианты развития патологического процесса, а также варианты терапевтической резистентности ни один стандарт не в состоянии. Настоящие стандарты ни в коей мере не подменяют фундаментальных руководств по лечению психических заболеваний. Их задача более скромная — представить в наиболее наглядной и сжатой форме минимальный объем психиатрической помощи при острых и тяжелых психопатологических состояниях.

Острый галлюцинаторно-параноидный синдром

Диагностика: растерянность, напряженность, страх, тревожность, подозрительность; образный бред: систематизация бредовых идей отсутствует или существует в самом общем виде; психические автоматизмы с идеаторным компонентом (утрата чувства управления своими мыслями, остановки и наплывы мыслей, чувство открытости мыслей); вербальные истинные и псевдогаллюцинации; двигательное возбуждение и импульсивные действия.

Неотложная помощь:

— надзор;

— при совершении агрессивных, разрушительных действий, самоповреждений, суицидальных попыток и нападения на окружающих — меры физического ограничения с помощью табельных средств, имеющихся на оснащении бригад специализированной психиатрической помощи;

— купирование психомоторного возбуждения:

 — аминазин 50—100 мг внутримышечно или внутривенно;

 — тизерцин 50—100 мг;

— антигаллюцинаторное и антибредовое воздействие:

 — галоперидол 5—10 мг внутримышечно;

 — трифтазин 10—20 мг внутримышечно.

Показания к госпитализации абсолютные. Экстренность обусловлена резким психомоторным возбуждением, социально опасными тенденциями, отказом от лечения.

Побочные эффекты: экстрапирамидные реакции, коллаптоидные состояния.

Острый депрессивно-бредовый синдром

Диагностика: депрессия с тревожно-тоскливым компонентом возбуждения, бредовые идеи виновности, греховности, близкой гибели в сочетании с тоской и тревогой, идеи преследования в сочетании со страхом, отнесение на свой счет и бредовая интерпретация не относящихся к больному даже самых нейтральных высказываний окружающих, двойная бредовая ориентировка, ложные узнавания, вербальные галлюцинации с обвиняющим содержанием, идеаторные и в большей степени сенсорные психические автоматизмы, чередование заторможенности и возбуждения со стремлением к самоубийству или нанесению самоповреждений.

Неотложная помощь:

— надзор;
— купирование психомоторного возбуждения:
 — тизерцин 50—100 мг внутримышечно;
— воздействие на галлюцинаторно-бредовую симптоматику:
 — галоперидол 10—15 мг внутримышечно;
 — трифтазин 10—20 мг внутримышечно;
— купирование депрессии:
 — амитриптилин 50—100 мг внутримышечно.

Показания к госпитализации абсолютные, экстренность обусловлена выраженной суицидальной направленностью.

Примечание: не рекомендуется применение аминазина, так как он углубляет депрессивную симптоматику. При купировании депрессивно-параноидных состояний, при обязательном учете состояния больного, его реакции на медикаменты терапию следует проводить достаточно интенсивно, избегая низкого уровня дозировок. В то же время при быстром, одномоментном наращивании доз тизерцина возрастает вероятность затяжных коллаптоидных состояний.

Тяжелые психотические депрессивные состояния

Диагностика: снижение настроения — от грусти, печали до физического чувства тоски с локализацией в груди и непереносимой душевной болью; сверхценные идеи — от чувства малоценности до убеждения в собственной виновности, греховности. В наиболее далеко зашедших случаях синдром Котара, включающий в себя нигилистический бред («сгнили все внутренности, пища проваливается неизвестно куда») и бред громадности («мир мертв, планета остыла») и т. д.; психическая

анестезия, т. е. мучительное переживание бесчувствия, острейшее меланхолическое возбуждение, во время которого больные наносят себе повреждения, пытаясь покончить с собой. При реактивных депрессиях психическая травма находит непосредственное отражение в клинической картине психоза, депрессивный аффект при реактивной депрессии — не беспричинная душевная боль, а, как правило, мотивированное чувство тоскливости. Носящие вторичный характер идеи виновности служат причиной как простых суицидных попыток, так и расширенных суицидов.

Неотложная помощь:

— надзор;

— мелипрамин 100 мг внутримышечно — наиболее показан при преобладании в клинической картине двигательной и идеаторной заторможенности, вялости, апатии;

— амитриптилин 50—100 мг внутримышечно — купирование тревожно-депрессивных состояний;

— тизерцин 50—150 мг внутримышечно — купирование тревожно-депрессивных состояний.

Показания для госпитализации абсолютные, экстренность обусловлена некупирующимися состояниями тревожного возбуждения, суицидальными намерениями, отказами от приема пищи и невозможностью обслуживать себя при отсутствии ухода со стороны.

Побочные явления: головные боли, потливость, сердцебиения, коллаптоидные реакции.

Маниакальный синдром

Диагностика: повышенное радостное настроение, ускорение психических процессов (мышления и речи), психомоторное возбуждение. В наиболее тяжелых случаях отмечается бессвязность мышления и речи, спутанность. В исключительно редких случаях встречается маниакальное буйство — резко выраженное психомоторное возбуждение со злобой и яростью.

Неотложная помощь:

— надзор;

— аминазин 50—100 мг внутримышечно;

— тизерцин 50—100 мг внутримышечно;

— галоперидол 10—20 мг внутримышечно.

Показания к госпитализации: абсолютные, экстренность обусловлена возбуждением и отказом от лечения.

Кататоно-гебефреническое возбуждение

Диагностика: в структуре синдрома сочетание аффективных нарушений (патетика, экстаз, злоба, ярость) с двигательным (немотивированные и внезапные импульсивные поступки, характеризующиеся однообразием и повторением жестов, движений и поз окружающих) и речевыми (бессвязность, неологизмы, повторение одних и тех же слов и фраз, повторение высказываний окружающих). Имеет место кривлянье, гримасничанье, неуместные циничные шутки. Крайний вариант: импульсивное возбуждение; агрессивное поведение: больные бросаются на окружающих, бьют их, рвут одежду и т. д.

Неотложная помощь:

— надзор;

— уход;

— купирование психомоторного возбуждения:

— аминазин 100—200 мг внутримышечно;

— тизерцин 100—200 мг внутримышечно;

— препараты, обладающие избирательным антипсихотическим действием:

— трифтазин 20—40 мг внутримышечно;

— галоперидол 10—20 мг внутримышечно.

Показания к госпитализации абсолютные; экстренность обусловлена импульсивным возбуждением.

Онейроидная кататония

Диагностика: сновидное помрачение сознания с фантастическими грезоподобными переживаниями, резко выраженной растерянностью, быстрой сменой аффективных состояний (страх, тревога, депрессия, мания), быстрым переходом хаотического нецеленаправленного возбуждения в ступор и субступор, отражение в мимике ярких психопатологических переживаний, из-за чего мимика этих больных выразительна, экспрессивна, изменчива; характерна также речевая разорванность.

Неотложная помощь:

— надзор;

— при возбуждении:

— аминазин 50—100 мг внутримышечно;

— тизерцин 50—100 мг внутримышечно;

— галоперидол 5—15 мг внутримышечно;

— трифтазин 10—30 мг внутримышечно.

Побочные явления: коллаптоидные реакции, экстрапирамидные нейролептические проявления.

Примечания. Нередки случаи развития опасного для жизни состояния — фебрильной кататонии. Это требует незамедлительного начала интенсивной медикаментозной терапии, которую надо продолжать во время транспортировки и в стационаре.

Показания к госпитализации абсолютные, экстренность обусловлена хаотическим нецеленаправленным возбуждением.

Фебрильная шизофрения

Диагностика: на фоне перехода кататонического возбуждения в аментивноподобное и гиперкинетическое развиваются стойкие нарушения симпатического и парасимпатического отделов нервной системы. Взгляд становится тусклым, лицо сальным, гиперемированным. Язык сухой с коричневым налетом. Температура тела и кожных покровов повышается, выявляется выраженный, стойкий, красный разлитой дермографизм. Отмечаются также сосудистые нарушения: снижение АД до коллаптоидных состояний; дыхательная недостаточность: Чейна-Стокса и Куссмауля; уменьшение мочевыделения и задержка мочи.

Неотложная помощь:

— при наличии лихорадки — регионарная гипотермия крупных сосудов — мешки со льдом на область сонной артерии, подмышечные и паховые области;

— амидопирин 10—20 мг 4% раствора внутримышечно;

— для стабилизации сосудистого тонуса: кордиамин 1 мл подкожно;

— при остром снижении артериального давления — мезатон внутривенно в дозе 0,1—0,5 мл 1% раствора в 40 мл 5—20—40% раствора глюкозы; преднизолон 60—120 мг капельно с 5% раствором глюкозы или изотоническим раствором натрия хлорида;

— для предупреждения отека мозга, стабилизации вегетативных функций, уменьшения проницаемости сосудов — эуфиллин 10 мл 2,4% раствора внутривенно или 1 мл 24% раствора внутримышечно, лазикс 20 мг внутримышечно или внутривенно, антигистаминные препараты: димедрол — 2 мл 1% раствора, пипольфен — 2 мл 2,5% раствора внутримышечно, аскорбиновая кислота 10 мл 5% раствора внутривенно.

Опасности и осложнения: к летальному исходу при фебрильном приступе приводит нарастание сердечно-сосудистой недостаточности и отека головного мозга.

Показания к госпитализации абсолютные в связи с возможно-

стью развития острой сосудистой недостаточности и отека мозга. Рекомендуется стационирование в соматопсихиатрическое отделение многопрофильной больницы с реанимационным отделением.

Тяжелые алкогольные делирии

Диагностика: к этому понятию относятся тяжелые делирии, развивающиеся у больных преимущественно молодого и среднего возраста, характеризующиеся изменением зрительных иллюзий, которые начинают проявляться ложными узнаваниями, однообразием эффективных расстройств, профессиональным бредом. Наиболее тяжелый вариант — мусситирующий делирий проявляется бормотанием, возбуждением в пределах постели, примитивными двигательными актами — обиранием, хватанием, ощупыванием и т. д. Оба варианта проявляются тяжелыми сомато-неврологическими расстройствами.

Неотложная помощь:

— ликвидация двигательного возбуждения: седуксен (реланиум, валиум) по 10,0 мг внутривенно в разведении на 10,0 мл 40% раствора глюкозы, медленно, повторное введение не ранее, чем через 15 мин. до достижения седации;

— энтеросорбция — полифепан, лигносорб, активированные угли типа СКН — по 30,0 энтерально.

Инфузионная терапия: направлена на ликвидацию метаболических сдвигов (гипоксия, ацидоз, изменения состава белков, гипо- и авитаминоз) и нарушений водно-электролитного баланса, устранение гемодинамических нарушений, нормализацию дыхания, предупреждение или ликвидацию нарушений функций печени и почек, предупреждение отека легких, ликвидацию гипертермии:

— глюкоза 5% раствор 400 мл внутривенно;

— глюкоза 10% раствор 400 мг внутривенно;

— полиионные растворы: дисоль, трисоль, хлосоль, ацесоль — 250 мл внутривенно;

— гемодез, желатиноль 400 мл внутривенно;

— натрия гидрокарбонат 4% — 250—300 мл внутривенно;

— альбумин 5—10% раствор — 100 мл внутривенно.

Общий объем инфузионной терапии — из расчета 20—30 мл/кг массы тела.

Метаболическая терапия:

— тиамин, до 100 мг, ввести в вену в первые минуты после постановки системы для внутривенного введения раствора;

— магния сульфат, внутривенно, капельно, 25% раствор — 5—10 мл в разведении на 400 мл 5% раствора глюкозы;

— унитиол, внутривенно, из расчета по 160 мл на 10 кг массы тела;

— аскорбиновая кислота, внутривенно, из расчета 0,3 мл на 10 кг массы тела;

— панангин 10 мл в разведении на 400 мл 10% раствора глюкозы внутривенно капельно;

— лазикс — 20—40 мг внутривенно.

Осложнения и их терапия:

— внезапная остановка кровообращения — базовая сердечно-легочная реанимация;

— сердечно-сосудистый коллапс, анафилактический шок— инфузионная терапия, вазопрессоры, глюкокортикоиды;

— острая дыхательная недостаточность — восстановление проходимости дыхательных путей (вплоть до эндотрахеальной интубации), ИВЛ по показаниям.

Примечания. При лечении алкогольных психозов применение нейролептиков не рекомендуется. Установлено, что нейролептики отрицательно влияют на различные звенья патогенеза алкогольного делирия.

Показания к госпитализации абсолютные, обусловлены выраженной вегетативно-соматической и неврологической симптоматикой и возможностью летального исхода. Надежных признаков, позволяющих прогнозировать утяжеление классического делирия и его переход в профессиональный и мусситирующий, нет.

Делирии в структуре органического психосиндрома

Диагностика: нарушение сознания, иллюзии и галлюцинации, неправильное истолкование и понимание событий, нарушение цикла сон—бодрствование с бессонницей или сонливостью в дневное время (от нескольких часов до нескольких дней) и тенденция к колебаниям степени их выраженности в течение дня.

Основное правило лечения делирия — обнаружить причину и провести этиотропное патогенетическое лечение.

Неотложная помощь:

— основная задача — выяснить наличие фактов, свидетельствующих о специфическом органическом повреждении (инфекционном, интоксикационном, травматическом и т. д.);

— цель догоспитального этапа — ликвидация психомоторного возбуждения:

— седуксен (реланиум, валиум) — 10—20—30 мг внутримышечно;

— при неэффективности — тизерцин 25—50 мг внутримышечно;

— при неэффективности — аминазин 25—50 мг внутримышечно.

Показания к госпитализации: стационарное лечение проводится в соматическом, инфекционном и прочих непсихиатрических стационарах.

В особо сложных случаях, при неполноте или отсутствии данных об органическом поражении головного мозга, а также при решении вопросов о транспортабельности больного психиатр скорой помощи консультируется со специалистом соответствующего профиля.

Эпилептический статус

Диагностика: фиксированное эпилептическое состояние вследствие продолжительного эпилептического припадка или припадков, повторяющихся через короткие промежутки времени. Судорожная форма статуса — состояние, при котором больной не приходит в сознание между серией эпилептических припадков, или наблюдается постоянная фокальная двигательная активность даже без изменений сознания.

Неотложная помощь:

— основными задачами догоспитального этапа являются: предупреждение травматизации головы и туловища, восстановление проходимости дыхательных путей, противосудорожная терапия. С этой целью больному необходимо:

— придание положения, исключающего травматизацию головы и туловища и возможности аспирации (уложить на горизонтальную поверхность, повернуть голову набок, обеспечить проходимость дыхательных путей, не допускать западения языка);

— в промежутках между судорогами следует извлечь съемные зубные протезы при их наличии и ввести воздуховод. Перед введением воздуховода следует аспирировать слизь из полости рта и глотки;

— в случаях нарушения самостоятельного дыхания проводится интубация трахеи.

Противосудорожная терапия:

— седуксен 10—20 мг внутривенно, медленно, с 20 мл 40% раствора глюкозы, скорость введения не менее 1 мин.; при возобновлении судорог повторное введение, но не ранее, чем через 10—15 мин. после предыдущего;

— при неэффективности — внутримышечное введение гексенала или натрия тиопентала (в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида или бидистиллированной воды растворяется 1 г гексенала или тиопентала натрия; 10% раствор вводят из расчета 1 мл на 10 кг массы тела);

— натрия оксибутират 10 мл 20% раствора (водного). Вводится внутривенно, медленно, 1—2 мл в 1 мин.;

— если указанные средства в течение 20 мин. не купируют эпилептического статуса — приходится прибегать к назначению ингаляционного наркоза с закисью азота в смеси с кислородом (соотношение 2 : 1).

Показания к госпитализации: больные с продолжающимся эпилептическим статусом поступают в отделения (палаты) интенсивной терапии. Пациенты после закончившегося статуса могут находиться в неврологических отделениях.

Примечания: гексенал и натрия тиопентал назначают при неэффективности седуксена. Эти препараты купируют эпилептический статус при наступлении I—II стадий хирургического наркоза (сужение зрачков, угнетение корнеального рефлекса, прекращение «плавающих» движений глазных яблок, уменьшение выраженности тахикардии, снижение АД на 25—30 мм рт. ст. по сравнению с исходным. Действие гексенала и натрия тиопентала сопряжено с возможностью быстрого резкого угнетения дыхания и артериальной гипотензии, при которых возникает необходимость в экстренной ИВЛ и назначении кардиотонических средств (кордиамин; барбитураты несовместимы с адреналином). Применение гексенала, натрия тиопентала и ингаляционного наркоза на догоспитальном этапе допускается только при наличии бригад, владеющих реанимационными приемами.

Сумеречное состояние сознания при эпилепсии

Диагностика: характерна яркость, чрезвычайная актуальность и устрашающий характер галлюцинаторно-бредовых явлений, аффективная насыщенность переживаний, развитие резкого возбуждения, превосходящего все другие виды возбуждения, встречающиеся в психиатрической практике.

Неотложная помощь:

— надзор;

— ликвидация возбуждения: аминазин или тизерцин 50—100 мг внутримышечно.

Показания к госпитализации абсолютные: экстренность обусловлена нарастанием психомоторного возбуждения.

Психопатическое возбуждение

Диагностика: несоответствие реакции силе раздражителя: возбуждение протекает бурно, с криком, бранью, злобой, сопротивлением осмотру и собеседованию, с частой агрессией и аутоагрессией, вандализмом. В некоторых случаях протекает с сужением сознания с наплывом зрительных образов, замещающих реальную обстановку.

Неотложная помощь:

— меры, направленные на ликвидацию возбуждения:
  — аминазин 25—75 мг внутримышечно;
  — тизерцин 25—75 мг внутримышечно;
  — седуксен (реланиум, валиум) 20—40 мг внутримышечно.

Показания к госпитализации относительные: госпитализация осуществляется при длительном некупирующемся возбуждении.

Побочные эффекты и осложнения психофармакотерапии

Коллапсы: возникающие при лечении аминазином и тизерцином.

Лечение: горизонтальное положение тела с приподнятыми нижними конечностями; медикаменты: аналептические средства — кордиамин, цититон; при неэффективности — адреномиметики, кофеин, карбоген, строфантин.

Токсические реакции экзогенного типа: возникают при комбинации холинолитиков с нейролептиками, быстром повышении или реже — отмене дозировок, а также органической недостаточности ЦНС и сопутствующих инфекциях и интоксикациях. Проявляются нарастанием экстрапирамидных и вегетативных нарушений, делириями с состояниями спутанности и психомоторным возбуждением.

Лечение: отмена психофармакотерапии, а в остальном такие же мероприятия, как и при делириях в структуре органического психосиндрома, за исключением нейролептических средств.

Токсикоаллергические реакции: могут наблюдаться при терапии психотропными средствами всех классов. Различают местные реакции (фотосенситивность, кожные сыпи, ангионевротический отек, холестатический гепатит) и генерализованные (высокая лихорадка неправильного типа, адинамия, нарушения водного обмена, нейтрофильный лейкоцитоз с токсической зернистостью, очаговые некрозы паренхимы печени, распространенный булезный дерматит).

Лечение: отмена психофармакотерапии. При местных ре-

акциях — достаточно назначения десинсибилизирующих препаратов (димедрол, супрастин, диазолин). При генерализованных — гормональная терапия — 90—120 мг преднизолона, капельницы с полиглюкином (800—1200 мл/сут), гемодез, изотонический раствор глюкозы и натрия хлорида. Общий объем вводимой парантерально жидкости должен составлять 1,5—3 л/сут под контролем диуреза. В капельницу по мере необходимости добавляют сердечные гликозиды (строфантин, коргликон), средства, направленные на поддержание сосудистого тонуса (1—3 мл 0,2% раствора норадреналина, 2—3 мл 1% раствора мезатона). При явлениях отека мозга — манитол, мочевина 1,0 г/кг массы тела, медленно, при отсутствии противопоказаний.

Пароксизмальный экстрапирамидный синдром

Диагностика: локальные расстройства — окулогирные кризы, оральный синдром (Куленкампффа—Тарнова), тортиколис, торсионный спазм. Генерализованные кризы моторного возбуждения, вегетативно-экстрапирамидные кризы.

Лечение:

— парентеральное введение антипаркинсонических корректоров: 5 мл норакина или 50 мг арпенала внутримышечно;

— циклодол — 10—15 мг внутрь — в сочетании с 2 мл 2% раствора кофеина подкожно или 50 мг аминазина внутримышечно (если дискинезии возникли в процессе лечения пиперазиновыми производными или бутирофенонами);

— димедрол 1% раствор 2 мг внутримышечно;

— глюкоза 40% раствор 10 мл с 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты внутривенно;

— магния сульфат 25% — 5—10 мг внутримышечно;

— седуксен — 10—20 мг внутривенно.

Злокачественный нейролептический синдром

Диагностика: злокачественный нейролептический синдром представляет собой угрожающее жизни осложнение нейролептической терапии, развивается в разное время после ее начала. Симптомы: выраженная мышечная регидность, дистония, акинезия, мутизм, притупление аффекта, ажиатации; вегетативные симптомы — жар, потливость, повышение частоты пульса и артериального давления.

Лечение:

— отмена нейролептического лечения;

— при появлении признаков почечной недостаточности лечение целесообразно проводить в отделениях интенсивной терапии или в токсикологических центрах. Наиболее эффективен диализ;

— устранение гипертермии — влажные обертывания, амидопирин 4% раствор 10 мл;

— ликвидация экстрапирамидных нарушений:

— бромкриптин (парлодел) 5 мг каждые 4 ч до 60 мг в день;

— балкофен 20—25 мг 3 раза в день;

— леводопа до 300 мг/сут;

— диазепам 20 мг/сут;

— клозепам 1,5 мг/сут.

Рекомендации по профилактике и купированию острых психических расстройств соматического генеза

Диагностика: распознавание основного соматического заболевания (острой алкогольной энцефалопатии, острого и хронического нарушения мозгового кровообращения, церебрального атеросклероза, острый период и отдаленные последствия черепно-мозговой травмы, соматическая патология инфекционного и неинфекционного генеза).

При острой алкогольной энцефалопатии необходимо:

1. Восполнение объема циркулирующей крови для восстановления кровоснабжения органов и тканей.
2. Коррекция дыхательных и метаболических нарушений.
3. Коррекция микроциркуляторных нарушений.
4. Коррекция нарушений гемокоагуляции.
5. Восполнение функции почек.

Пациенты с психической патологией при острой алкогольной энцефалопатии нуждаются в лечении в реанимационном психосоматическом отделении. При использовании транквилизаторов следует помнить о возможности подавления активности дыхательного центра и возможном побочном действии транквилизаторов.

Помощь при психических расстройствах, осложнивших течение нарушений мозгового кровообращения, должна быть направлена на допустимое снижение артериального давления, для чего необходимо применять гипотензивные и спазмолитические средства, дающие наряду с гипотензивным и антипсихотический эффект (редукция страха и тревоги). Для лечения больных с неврозоподобными и психоподобными состояниями назначают транквилизаторы (мепробамат, феназепам, элениум и др.). При психотических картинах целесообразна широкая комбинация

антидепрессантов, нейролептиков и транквилизаторов. Так при тревожно-депрессивных синдромах показано лечение амитриптилином в комбинации с тизерцином или меллерилом.

При бредовых (параноидных, паранояльных и парафренических) картинах показано лечение аминазином, галоперидолом, трифтазином. Подбор доз должен быть осторожным, индивидуальным. Для скорой медицинской помощи при психомоторном возбуждении показано — внутривенное введение 2—3 мл 0,5% раствора седуксена или внутримышечное введение 100—150 мг аминазина однократно.

Одним из главных принципов терапии психических расстройств при церебральном атеросклерозе является лечение самого сосудистого процесса.

Лечение психотических состояний осуществляется соответственно по формам. При атеросклеротических депрессиях с доминированием тревожного аффекта рекомендуется амитриптиллин. При доминировании тоскливого аффекта — мелипрамин. При бредовых картинах показаны аминазин, трифтазин, пропазин в осторожных комбинациях с транквилизаторами. При галлюцинациях — галоперидол. Обострение тревоги и страха купируется внутривенным введением седуксена.

Скорая медицинская помощь при обострениях состояний тревоги и страха заключается во внутривенном введении седуксена (аналогов) 0,5% раствора в индивидуальной дозе в пределах 2—5 мл.

Лечение. Больные с черепно-мозговой травмой должны лечиться в неврологических (или хирургических) стационарах, а при психических расстройствах в отдаленном периоде нейротравмы (посттравматические психозы) — в психиатрических с соблюдением постельного режима. Пострадавшим с сотрясением головного мозга и контузией в начальном периоде показана местная гипотермия, динамическое наблюдение, комплексная диагностика, оперативное лечение по показаниям. Усилия врачей должны быть направлены на предупреждение и ослабление отека головного мозга, для чего рекомендуется внутривенное введение 40% раствора глюкозы в количестве 40—60 мл; одновременно принимают меры, направленные на снижением проницаемости сосудов головного мозга: 10 мл 10% раствора кальция хлорида внутривенно. Чрезвычайно важна борьба с внутричерепной гипертензией. Показаны внутримышечные введения 10 мл 25% раствора магния сульфата; 1% раствора лазикса внутримышечно.

Судорожный синдром и психомоторное возбуждение на догоспитальном этапе могут быть купированы внутривенным вве-

дением 3—4 мл 0,5% раствора седуксена; для снятия психомоторного возбуждения в рамках помрачения сознания (делириозного, сумеречного, аментивного) показано парентеральное введение 2 мл 2,5% раствора аминазина.

Терапия соматогенного психоза прежде всего должна быть направлена на основное соматическое заболевание.

Учитывая эффективность современных методов лечения, в большинстве случаев не следует переводить больных в специальные психиатрические учреждения, лечение может осуществляться и в стационаре соответствующего медицинского профиля, но при одном непременном условии: его должны проводить совместно психиатр и специалист по основному заболеванию (терапевт, хирург, нефролог, кардиолог, эндокринолог и т. д.). Даже при отсутствии психиатрического отделения в соматической больнице больные с острыми психозами чаще всего также не нуждаются в переводе в психиатрическую больницу: возбужденный больной должен быть только переведен в отдельное помещение первого этажа и обеспечен круглосуточным наблюдением и уходом.

При назначении психофармакотерапии очень важно учитывать большую чувствительность соматических больных, особенно с тяжелыми поражениями паренхиматозных органов, к медикаментозным методам лечения, а подчас и парадоксальное реагирование на них. Кроме того, неадекватная терапия больных астеническим радикалом может приводить к усилению депрессивного компонента, или усилить уже имеющуюся тревожность

Исходя из этого, назначение психотропных препаратов должно проводиться строго индивидуально с учетом не только соматического состояния, но и ряда других факторов: возраста больного, выраженности и стадии заболевания, общей реактивности организма.

При навязчивых страхах, состояниях психической напряженности, тревожности, беспокойства — показаны небольшие дозы транквилизаторов: элениум, сибазон (диазепам, седуксен, реланиум), феназепам. Следует, однако указать, что при острых заболеваниях печени и почек эти препараты противопоказаны.

При расстройствах сна хороший эффект дает левопромазин (тизерцин) в малых дозах (от 2 до 8 мг).

При картинах помрачения сознания, а также состояниях острого психомоторного возбуждения показаны нейтротропные препараты: аминазин, галоперидол, тизерцин, принимая во внимание высокую чувствительность этих больных к таким средствам и их гипотензивный эффект (опасность коллапса). При необходимости с этой же целью показано внутривенное введение

3—5 мл 0,5% раствора седуксена. Эти же препараты эффективны при лечении маниакальных состояний. При умеренных депрессиях целесообразно назначение тизерцина, меллерила, а при более глубоких с ажитацией — амитриптиллина. Амитриптиллин особенно адекватен при соматогенных депрессиях, в структуре которых всегда наблюдается тревога, нередко страх. Однако его не следует назначать при глаукоме.

При параноидных и галлюцинаторно-параноидных картинах показано назначение тизерцина, аминазина и галоперидола, принимая во внимание противопоказания их при острых заболеваниях почек и печени.

Больные с соматогенными психозами нередко остаются для лечения в соответствующем соматическом стационаре, а с острыми психозами желательно в психиатрическом отделении его (психосоматическом).

В случаях затяжных, тем более прогредиентных соматогенных психозов с бредовыми, галлюцинаторно-параноидными, амнестическими синдромами больные переводятся в психосоматические отделения, а в психиатрические больницы — при снятии угрозы жизни по основному заболеванию.

Психофармакология лекарственных препаратов, рекомендованных к применению в практике догоспитального этапа скорой психиатрической помощи

Современный этап биологической терапии психических заболеваний характеризуется широким использованием психофармакологических средств. Все психофармакологические средства делятся на: психолептики (нейролептики, транквилизаторы); психоаналептики (антидепрессанты); нормотимики; психостимуляторы; ноотропы; психодислептики.

Психотропные средства могут применяться только тогда, когда спектр их психотропной активности соответствует клинической картине заболевания. Наиболее широкий спектр психотропной активности имеют нейролептики. Они могут быть эффективны при различных психопатологических синдромах. При назначении того или иного нейролептического препарата учитывается его общий психотропный эффект, и избирательное действие в отношении психопатологической симптоматики.

Нейролептики (психолептики) — антипсихотические седативные препараты.

Показанием к применению нейролептиков являются: психо-

моторное возбуждение, психическая напряженность, бред, галлюцинации и другая психопатологическая симптоматика. Доза препарата определяется состоянием больного. Противопоказанием к применению препаратов являются хронические заболевания паренхиматозных органов с нарушением функции последних, аллергические состояния, выраженная сердечно-сосудистая недостаточность. К побочным явлениям относятся сосудистая гипотония, склонность к коллапсам. В этом случае необходимо дополнительно вводить кордиамин. Особо следует обратить внимание на возникновение ортостатических коллапсов — обморочных состояний при резком изменении положения.

Наиболее типичным препаратом является *аминазин.* Он применяется там, где симптоматика по содержанию полиморфна и требуется сильный общий седативный эффект. Препарат используется:

1. При всех видах психомоторного возбуждения (тревожном, галлюцинаторном, бредовом, кататоническом, маниакальном).
2. Для снятия аффекта эмоционального напряжения, аффекта злобы и ярости (менее эффективен при тревоге и страхе).
3. В целях купирования агрессивного поведения.
4. Для подавления широкого спектра продуктивной психопатологической симптоматики галлюцинаций, иллюзий, бреда и др.).
5. С целью упорядочения мыслительных процессов.

Однако аминазин не только не действует на ипохондрические состояния (за исключением тревожной ипохондрии), но и может усиливать их. Он углубляет астенические, апато-абулические, депрессивные (за исключением тревожно-депрессивных синдромов в рамках шизофрении) состояния.

На ступорозные синдромы действует неоднозначно. На люцидную кататонию не действует и может ее усугублять.

Депрессивный ступор аминазин усиливает, однако способен положительно действовать на аффективные, галлюцинаторные, бредовые, онейроидные, негативистические ступорозные состояния.

Аминазин плохо переносят (видимо, в силу выраженного соматропного действия) невротики, психопаты, лица пожилого возраста, соматически ослабленные, больные алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями.

По возможности следует избегать применение аминазина при инфекционных, соматогенных, интоксикационных, алкогольных (особенно при делирии) психозах, психотических состояниях у наркоманов и токсикоманов. Лучше в этих случаях использовать

пропазин, осторожно (с учетом соматического состояния) — *тизерцин*.

Выпускается в таблетках по 25, 50 и 100 мг и в ампулах 1—2—5—10 мл 2,5% раствора. Средняя суточная доза 300—500 мг, высшая 1000 мг и более. Высшие разовые дозы для взрослых: внутрь — 0,3 г; внутримышечно — 0,15 г; внутривенно — 0,1 г.

Пропазин. По спектру психофармакологического действия мало чем отличается от аминазина, однако не дает выраженных соматических и неврологических осложнений и по силе действия уступает ему. Поэтому для получения примерно того же эффекта доза пропазина, по сравнению с аминазином, должна быть увеличена в полтора раза. Препарат используется в основном у лиц с соматическим неблагополучием, а также у больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией.

Выпускается в таблетках по 25 и 50 мг и в ампулах по 2 мл 2,5% раствора.

Средняя суточная доза — 0,5—1,0. Высшие разовые дозы для взрослых: внутрь — 0,25 г; внутримышечно — 0,15 г (в разведении на 5,0 мл 0,5% раствора новокаина).

Тизерцин (левомепромазин, нозинан). Хотя спектр его психофармакологического действия близок к аминазину, тем не менее он обладает рядом специфических свойств, ставящих его в особое положение. По сравнению с аминазином тизерцин обладает более слабым обрывающим психоз действием. Он не вызывает, как аминазин, чувства апатии, безразличия, эмоциональной индеферентности, обладает способностью вызывать состояние психической релаксации (внутреннего успокоения, расслабления), сопровождающейся мышечной релаксацией. Вследствие этого препарат хорошо снимает тревогу, страх, беспокойство. Тизерцин обладает некоторым антидепрессивным и в то же время снотворным действием.

В силу перечисленных особенностей тизерцин эффективнее, чем аминазин, при лечении реактивных состояний и психозов, онейроидных помрачений сознания. Прямо показан для купирования тревожных, тревожно-депрессивных состояний. Хорошо купирует моторный компонент маниакального синдрома.

Недостатком препарата является его способность быстро и резко снижать артериальное давление, что нередко вызывает коллаптоидные состояния. Для предупреждения последних при введении тизерцина рекомендуют одновременно производить подкожные или внутримышечные инъекции кордиамина (1—2 мл).

Значительно меньше, по сравнению с аминазином, у тизерцина представлен соматотропный и нейтротропный эффект.

Выпускается в таблетках по 25 мг и в ампулах по 1 мл 2,5% раствора. Средняя суточная доза 100—150 мг. Максимальная доза до 800 мг/сут. Высшая разовая доза для взрослых: внутрь — 0,1 г; внутримышечно — 0,15 г (в разведении на 5,0 мл 0,5% раствора новокаина); внутривенно — 0,075 г (2—3 мл 2,5% раствора на 10—20 мл 40% раствора глюкозы).

Хлорпротиксен (труксал, таректан). По характеру лечебного действия очень близок к аминазину, однако редко дает соматические и неврологические осложнения. Хлорпротексен оказывает эффективное действие на аффекты как астенического характера (тревогу, страх), так и стенического (эмоциональное напряжение, аффекты злобы, раздражения, ярости, гневливости). В определенной степени препарат сочетает в себе свойства тизерцина и аминазина. Предпочтительнее перед другими лекарственными средствами при терапии инфекционных, соматогенных психозов, пограничных состояний.

Выпускается в таблетках по 15—50 мг и в ампулах по 1 мл 2,5% раствора.

Средние терапевтические дозы — 200—400 мг/сут, большие дозы до 800 мг/сут. Высшая разовая доза 50 мг, в тяжелых случаях до 100 мг внутримышечно. Противопоказан при отравлении алкоголем, снотворными, эпилепсии, паркинсонизме, циррозах печени.

Сонапакс (тиоридазин, меллерил) — обнаруживает сочетание легкого нейролептического и психоаналептического эффекта. Показан при тревоге, страхах, ипохондрических расстройствах, навязчивостях, астенических, астено-депрессивных состояниях различного происхождения. Препарат нашел широкое применение в пограничной, детской, геронтологической, наркологической практике, чему способствует отсутствие у него явлений миорелаксации.

Хорошо переносится.

Выпускается в таблетках по 10,25 и 100 мг. Применяется в дозах от 10—30 мг до 300 мг/сут. В амбулаторной практике — 10—100 мг.

Меллерил-ретард и сонапакс-ретард — препараты пролонгированного действия по 0,2 г в таблетках.

Пипортил — вновь синтезированный препарат с антипсихотическим действием; снимает психомоторное возбуждение. В ампулах по 10 мг, в драже по 10 мг, в каплях 4%. Имеет форму с пролонгированным действием — пипортил-ретард в 1 мл 25 мг.

Галоперидол. Это средство скорой наркологической и психиатрической помощи. При внутривенном и внутримышечном

введении быстро купирует многие виды возбуждения: галлюцинаторное, бредовое, кататоническое, маниакальное. Используется для купирования алкогольного делирия, других острых алкогольных психозов, эффективен при хроническом алкогольном параноиде, хроническом алкогольном галлюцинозе. Препарат способен быстро обрывать психоз.

Лечебный эффект направлен преимущественно на галлюцинаторную и бредовую симптоматику. Его действие распространяется на синдром Кандинского—Клерамбо, систематизированные формы бреда, хронические разновидности бредовых состояний и др.

Галоперидол может вызвать выраженный нейролептический синдром. Выпускается в ампулах — 5 мг в 1 мл, в каплях — 0,1 мг в 1-й капле, в драже по 0,5, 1,5 или 3 и 5 мг.

Малые дозы — до 10 мг/сут, средние терапевтические дозы — 15—30 мг, большие дозы — до 60 мг/сут. Высшая разовая доза — 5 мг (1 мл 0,5% раствора) внутримышечно.

Бенперидол аналогичен галоперидолу, но обладает более сильным седативным действием по сравнению с ним. Хорошо купирует все виды психомоторного возбуждения, в том числе и маниакальное. Переносится также, как и галоперидол.

Выпускается в ампулах по 5 мл 0,1% раствора и в таблетках по 0,25 мг.

Применяется внутримышечно по 0,25—1,5 мг/сут и внутрь в тех же дозах.

Эглонил (сульпирид, догматил). Препарат обладает антитревожным, антидепрессивным, стимулирующим действием. У него также достаточно выражен антигаллюцинаторный и антибредовый эффект. Показан при тревожно-депрессивных, депрессивно-параноидных синдромах. Часто комбинируется с антидепрессантами, транквилизаторами. В этих комбинациях эффективен при ипохондрических состояниях, сложных депрессивных синдромах. Обычно не дает осложнений и побочных явлений. Достаточно широко используется для купирования острых алкогольных психозов, абстинентного синдрома алкогольного и наркотического характера.

Выпускается в капсулах по 50 мг и в ампулах по 2 мл 5% раствора, а также в таблетках «эглонил-форте» по 200 мг.

Малые дозы — до 75 мг/сут, средние терапевтические дозы — 100—200 мг/сут, большие дозы — до 400 мг/сут.

Неулептил (нейлептил, проперициазин, перициазин). В основе психофармакологического действия препарата лежит его седативный, направленный, в основном, на нормализацию поведе-

ния больных, независимо от нозологической группы. Поэтому препарат называют «корректором поведения». Неулептил нормализует поведение больных с психопатическими и психопатоподобными состояниями, дисфориями, протекающими с проявлением гиперстенических аффектов. Может комбинироваться с трифтазином или галоперидолом.

Соматические и неврологические побочные действия выражены не резко.

Выпускается в таблетках по 10 мг и во флаконах по 10 мл 4% раствора для приема внутрь (в 1 мл препарата содержится 40 мг).

Малые дозы — до 25 мг/сут, средние терапевтические дозы — 30—50 мг/сут, большие дозы— до 90 мг/сут.

Диксиразин (эзукос). Близок к неулептилу («корректор поведения»), одновременно обладает антитревожным, некоторым антидепрессивным и вегетотропным действием.

Выпускается в таблетках по 10 и 25 мг.

Назначается по 50 мг 1 раз в день во время еды (вечером).

Сультоприд (барнетил, топрал). По психофармакологическому действию приближается к неулептилу. В основном обладает сильным седативным действием. Хорошо подавляет двигательное, речевое возбуждение, раздражительность, злобность, гневливость. Способен оказывать определенное воздействие на бредовые переживания.

Показан при типичных и, особенно, атипичных маниях (гневливая мания, мания с психопатоподобными нарушениями, бредовыми переживаниями).

Выпускается в таблетках по 400 мг и в ампулах по 2 мл (200 мг). Малые дозы — до 500 мг/сут, средние терапевтические дозы — 600—1200 мг/сут, большие дозы — до 2000 мг/сут.

Френолон (метофеназат). Препарат с мягким, но достаточно сильным стимулирующим, а также легким антидепрессивным действием при небольших дозах, с мягким седативным эффектом при высоких дозировках.

Большие дозы способны воздействовать на галлюцинаторные и бредовые переживания, но в слабой степени. Препарат показан для лечения астено-апатических, астено-депрессивных, субступорозных состояниях.

В комбинации с некоторыми нейролептиками (фторфеназин, сонопакс, терален) и антидепрессантами используется при лечении ипохондрических синдромов.

Френолон хорошо переносится, поэтому широко применяется в детской и геронтологической практике, а также при лечении сомато-психических заболеваний.

Выпускается в таблетках по 5 мг и в ампулах по 1 мл 0,5 раствора.

Малые дозы — до 30 мг/сут, средние терапевтические дозы — 40—60 мг/сут, большие дозы — до 80 мг/сут.

Триседил (трипеpидол, труфлуперидол) является сильным антигаллюцинаторным препаратом. Высокоэффективен при всех основных бредовых синдромах (паранояльный, параноидный, парафренический, синдром Кандинского—Клерамбо). Хорошо действует на хронизированные формы бреда. Препарат может быть использован для лечения кататонических синдромов: в небольших и средних дозах — для снятия кататонического ступора, в более высоких — для купирования кататонического возбуждения.

В больших дозах (до 10 мг/сут) обладает достаточным обрывающим психоз действием.

Вызывает выраженные явления нейролептического синдрома. Выпускается в таблетках по 0,5 мг, во флаконах по 10 мл для приема внутрь 0,1% раствора (1 мл содержит 1 мг препарата) и в ампулах по 1 мл 0,25% раствора.

Малые дозы — до 2 мг/сут, средние терапевтические дозы — 3—5 мг/сут, большие дозы — до 8 мг/сут. Высшая разовая доза — 5 мг внутримышечно.

Пипортил (пипотиазин). Обладает еще более мощным седативным и обрывающим психоз действием, в то же время вызывает частый нейролептический синдром с дискинетическими формами.

Используется в основном для нормализации поведения и купирования психомоторного возбуждения различного характера.

Выпускается в таблетках по 10 мг, во флаконах 4% раствора по 10 мл (400 мг во флаконе) и в ампулах по 1 и 4 мл 2,5% раствора. Для инъекций пользоваться только стеклянными шприцами. Малые дозы — до 20 мг/сут, средние терапевтические дозы — 25—40 мг/сут, большие дозы — до 60 мг/сут.

Лепонекс (клозепин, азалептин). Препарат с полиморфным характером действия, то есть обладает очень широким психофармакологическим спектром. Хорошо купирует маниакальное, особенно атипичное, возбуждение, показан при тревожно-бредовых и онейроидно-кататонических состояниях. Не дает типичного нейролептического синдрома. В абстинентном состоянии может провоцировать алкогольный делирий и другие алкогольные психозы.

Выпускается в таблетках по 25 и 100 мг, импортный лепонекс — в ампулах по 2 мл 2,5% раствора.

Малые дозы — до 150 мг/сут, средние терапевтические дозы — 200—400 мг/сут, большие дозы — до 600 мг/сут.

Тиаприд (тиапридал, тиаприазол). Обладает мягким седативным, стимулирующим и антидепрессивным, а также антисудорожным и вегетотропным действием. Проявляет выраженный антидофаминергический эффект.

Применяется при гиперкинетических и дискинетических нарушениях, головных болях нейрогенного происхождения, реактивных расстройствах поведения. Используется для купирования острых алкогольных психозов, абстинентного синдрома алкогольного и наркотического происхождения. Хорошо переносится, сочетается с другими психотропными средствами. Назначается внутрь, внутримышечно, внутривенно капельно. Выпускается в таблетках по 0,1 г и в ампулах 10% раствора по 2 мл.

Малые дозы — 50—150 мг/сут, средние терапевтические 200—400 мг/сут, большие дозы — до 1200 мг/сут.

Дроперидол. По психофармакологическому спектру близок к аминазину, отличаясь от него более быстрым, но непродолжительным действием. Выпускается в ампулах 0,25% раствора по 5 и 10 мл.

Транквилизаторы — группа психотропных препаратов, свойства которых в основном характеризуются эффектом транквилизации.

Транквилизация — это способность нормализовать нарушения пограничного уровня в эмоциональной сфере, то есть устранять тревогу, депрессивные переживания, эмоциональное напряжение и устанавливать состояние эмоционального равновесия и комфорта. Транквилизация, как правило сопровождается также легким притормаживанием мыслительной и двигательной сферы.

В чисто клиническом плане на пограничном уровне транквилизаторы оказывают:

— антитревожное действие;
— гипнотическое действие;
— антидепрессивное действие;
— стимулирующее действие.

Они способны на том же уровне положительно воздействовать на психастенические (навязчивости и фобии), астенические, дистимические, тревожные состояния, состояния эмоционального напряжения и беспокойства.

Кроме того, транквилизаторы нормализуют функции вегетативной нервной системы (вегетотропный эффект). Неотъемле-

мой частью действия транквилизаторов является миорелаксирующее действие, которое, с одной стороны, способствует усилению седативного эффекта данной группы препаратов, а с другой стороны выступает как побочное свойство, осложняющее их применение.

Миорелаксация вызывает у стариков и соматически ослабленных больных, ряд побочных явлений, а именно: чувство мышечной слабости, атаксию, дизартрию, нарушение конвергенции глазных яблок, аккомодацию зрения, слабость сфинктеров, понижение АД и связанное с этим головокружение.

Перечисленные явления могут быть устранены азотнокислым стрихнином (внутрь 0,001 г 2—3 раза в день, подкожно 0,1% раствора по 1—2 мл в день).

Антисудорожное действие некоторых транквилизаторов проявляется прежде всего при лечении малых припадков (в том числе абсансов). Эти препараты воздействуют на абортивные, фокальные припадки, миоклонии. При больших судорожных припадках эффекта, как правило не наблюдается.

Транквилизаторы потенцируют действие противосудорожных, снотворных, наркотических, анальгетических и нейролептических средств. Учитывая их глубокое воздействие на пограничную симптоматику, можно говорить об антиневротическом действии транквилизирующих средств.

Элениум (хлордиазепоксид, либриум, напотон, редепур, хлозепид). Обладает сильным антисудорожным действием, которое в основном проявляется при внутривенном введении.

Показан для лечения невротических, неврозоподобных синдромов, психопатий, психопатических, психопатоподобных состояний с проявлением стенических аффектов. Обладает определенной тропностью при лечении истерических нарушений.

Используется в комплексном лечении эпилептической болезни, протекающей с малыми, абортивными, локальными припадками. Показан для купирования эпилептического статуса, для чего препарат вводится внутривенно в дозе 100 мг (1 амп.) с 20 мл 40% раствора глюкозы.

В больших дозах (свыше 60 мг/сут) применяется для купирования дистимий, дисфорий при эпилептической болезни, психопатиях, органическом поражении ЦНС.

В комплексе с другими лечебными препаратами назначается для купирования абстинентного синдрома алкогольного и наркотического генеза.

Выпускается в таблетках по 5 и 10 мг и в ампулах по 100 мг.

Небольшие дозы — 15—20 мг/сут, средние — 30—60 мг/сут, большие — до 100 мг/сут.

Мепробамат (андаксин, мепротан, гармонон, мильтаун). Психофармакологический спектр мало отличается от элениума, но препарат действует слабее, хорошо переносится. Применяется для лечения пограничных состояний, сопровождающихся как стеническими, так и астеническими эмоциональными нарушениями. Выпускается в таблетках по 0,2 и 0,4 г.

Малые дозы — 0,2—0,8 г/сут, средние дозы — 0,8—1,5 г/сут, большие дозы — до 3,0 г/сут.

Седуксен (диазепам, реланиум, фаустан, валиум, апаурин, сибазон). Обладает сильным транквилизирующим, вегетотропным и антисудорожным действием. Применяется для лечения пограничных состояний с астеническими и стеническими нарушениями, при дисфорических состояниях различного происхождения.

Является незаменимым препаратом для купирования алкогольных делириев, диэнцефальных кризов, нейролептического синдрома, эпилептического статуса. Применяется (часто вместе с другими препаратами) в терапии инфекционных, соматогенных, интоксикационных психозов, являясь препаратом выбора.

Наиболее предпочтительный препарат для купирования абстинентного синдрома алкогольного и наркотического характера вместе с другими средствами.

Препарат хорошо переносится, хотя и обладает выраженным миорелаксирующим действием.

Выпускается в таблетках по 5 мг и в ампулах 0,5% раствора по 2 мл.

Малые дозы — 10—15 мг/сут, средние дозы — 15—30 мг/сут, большие дозы — до 60 мг/сут.

Оксазепам (тазепам, нозепам, адумбран, праксисен, рондар, серенал). По спектру психофармакологического действия близок к седуксену, но значительно слабее его по эффекту, хотя намного лучше переносится в основном за счет более слабого миорелаксирующего действия. Используется для лечения начальных и нерезко выраженных форм пограничных состояний и как профилактическое средство в стрессовых ситуациях.

Как хорошо переносимый препарат находит широкое применение в детской и геронтологической практике, а также для лечения неврозоподобных состояний при соматических заболеваниях и органическом поражении ЦНС.

Выпускается в таблетках по 5 и 10 мг.

Малые дозы — 10—20 мг/сут, средние дозы — 20—40 мг/сут, большие дозы — до 60 мг/сут.

Феназепам. По силе транквилизирующего и антитревожного действия превосходит все транквилизаторы. Оказывает выраженный противосудорожный, снотворный и миорелаксирующий эффект.

Показан при тревожных, тревожно-депрессивных, тревожно-ипохондрических состояниях, при навязчивостях и фобиях.

Вследствие того что феназепам по силе антитревожного действия не уступает некоторым нейролептикам, он используется для лечения психогенных психозов с тревогой и страхом, а также для купирования панических реакций.

Применяется как антисудорожное средство при лечении малых, абортивных, локальных припадков, а также как снотворное средство.

Вместе с другими препаратами применяется для купирования алкогольного абстинентного синдрома.

Выпускается в таблетках по 10 мг.

Малые дозы — 25—50 мг/сут, средние дозы — 75—100 мг/сут, большие дозы — до 200 мг/сут.

Альпразолам (золдак, кассадин, ксанакс, ламаз). Препарат быстрого (в течение первого часа после приема) и непродолжительного действия.

Используется для быстрого устранения состояния тревоги, страха, беспокойства, депрессивных переживаний.

Выпускается в таблетках по 0,25 и 0,5 мг. Назначается в дозе 0,25—0,5 мг/сут 3 раза в день. Высшая суточная доза — 3 мг/сут.

Осложнения и побочные действия лекарственных препаратов, применяемых в психиатрической практике

- К побочным действиям психотропных препаратов относятся вызываемые ими патологические сдвиги как следствие прямого действия, исчезающие при приеме препарата или снижения дозы.
- К осложнениям относятся все токсико-аллергические реакции, в том числе гепатиты, агранулоцитоз, тромбофлебиты.
- Строго противопоказано применение аминазина для купирования возбуждения при острых травмах мозга (Бурназян Г., 1985).
- Применение солей лития в недостаточных дозах способствует затяжному лечению депрессий. Врач СМП должен уточнить дозы препарата, применяемые больным, и сообщить лечащему врачу ПНД.

• При приеме галоперидола, мажептила, трифтазина возможно возникновение дискинезии, шейно-языко-массетеровый синдром Кулика—Тарнова и судорожные приступы взора — окуломоторные кризы.

XV. Лечебно-тактические мероприятия при острых психических расстройствах на догоспитальном этапе скорой психиатрической помощи

Лечебно-тактические мероприятия скорой психиатрической помощи на догоспитальном этапе осуществляются в виде следующих основных вариантов:

1. Врачебные лечебно-тактические мероприятия с оставлением больного на месте или доставкой в профильный стационар назначения.
2. Перевозка больных психатрическим транспортом.
3. Перегоспитализация больных из соматических в психиатрические больницы.

Врачебные лечебно-тактические мероприятия

Выделяются два вида лечебных мероприятий при неотложных состояниях в практике скорой психиатрической помощи.

1. Первый связан с тем обстоятельством, что врач принимает решение о госпитализации пациента. В этом случае назначение лекарственных средств в первую очередь применяется для купирования или уменьшения выраженности психомоторного возбуждения.

Применение психотропных средств для уменьшения аффективной напряженности, охваченности психопатологическими переживаниями, смягчения тревоги и страха способствует большей безопасности при транспортировке пациента и приводит к уменьшению использования мер удержания, фиксации, иммобилизации возбужденного больного в соответствии с Законом о психиатрической помощи (ст. 30, часть 2). Меры физического стеснения применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда по мнению врача-психиатра иными методами невозможно предотвратить действия госпитализируемого лица, представляющие опасность для него самого или для окружающих.

Введение в действие Закона о психиатрической помощи привело к уменьшению использования психотропных средств с указанными выше целями в практике скорой психиатрической помощи, поскольку психиатр нередко опасается, что седативный эффект препаратов замаскирует остроту состояния и при доставке больного в приемное отделение труднее будет доказать правомерность принятого им решения о недобровольной госпитализации. В таких случаях психиатр приемного отделения стационара должен оценивать состояние пациента в динамике с учетом временного характера достигнутого улучшения после однократного приема препарата. Купирование или уменьшение психомоторного возбуждения с помощью лекарственных средств особенно показано в тех случаях, когда транспортировка больного занимает значительное время. Следует указать также, что на этом этапе при необходимости проводятся лечебные мероприятия, направленные на коррекцию сопутствующих расстройств (развитие судорожных припадков, явлений отека мозга, расстройств гемодинамики и др.).

2. Другой вид неотложных лечебных мероприятий связан с необходимостью оказания помощи, не сопровождающейся госпитализацией пациента. Речь идет о лицах с широким кругом состояний, в том числе не представляющих собой тяжелого психического расстройства, нуждающихся в неотложной помощи психиатра, которая может быть оказана амбулаторно. Сюда относятся, в частности, расстройства непсихотического уровня (неврозы, психогенные реакции, декомпенсации при психопатиях), некоторые случаи транзиторных и рудиментарных экзогенно-органических психических нарушений (транзиторные психозы сосудистого, интоксикационного генеза, неврозоподобные и часть аффективных, психопатоподобных состояний при хронических психических заболеваниях, побочные эффекты психотропных средств, назначаемых пациентам в психоневрологических диспансерах).

Вызов психиатра скорой психиатрической помощи, помимо лекарственных назначений, как правило, сопровождается психотерапевтической беседой, а также рекомендациями, например, о необходимости обращения в психоневрологический диспансер для дальнейшего систематического лечения.

В арсенал обязательных для психиатрической бригады лекарственных препаратов должны входить нейролептики седативного действия (аминазин, тизерцинхлорпротиксен), антибредового, антигаллюцинаторного действия (трифтазин, галоперидол), малые нейролептики (сонапакс), из антидепрессантов — препараты

с седативным компонентом действия (амитриптилин), транквилизаторы (реланиум, феназепам), корректоры (циклодол, акинетон), антиконвульсанты (фенобарбитал, карбамазепин, реланиум).

Рекомендуемые ниже терапевтические мероприятия не следует понимать как обязательные для каждого случая. Их следует применять лишь при необходимости и строго индивидуально.

Некоторые наиболее значимые терапевтические мероприятия:

1. *Острые психотические состояния.* Быстрый темп развертывания, разнообразие и изменчивость психопатологической симптоматики, растерянность, яркость и насыщенность аффективных расстройств. При выраженной остроте состояния — трудности в определении синдрома («асиндромальные состояния»), резкие колебания симптоматики, хаотичные, нецеленаправленные, импульсивные поступки или поведение характера «бегства от преследователей», быстрая смена направленности опасных действий (опасность для окружающих, опасность для себя). Охваченность психопатологическими переживаниями.

Рекомендуемые мероприятия: седативные нейролептики (амиазин или тизерцин до 100 мг внутрь или в/м). Госпитализация (доставка в приемное отделение) независимо от воли больного. Иногда физическое ограничение на период транспортировки.

2. *Состояния измененного сознания* (делирий, онейроид, сумеречное состояние и др.). Дезориентировка, отрешенность, грубые расстройства поведения.

Рекомендуемые мероприятия: реланиум 20—40 мг в/м, галоперидол 10—15 мг в/м с корректором (при алкогольном делирии), седативные нейролептики аминазин, тизерцин до 100 мг в/м (при онейроиде), галоперидол до 10—15 мг в/м (при сумеречном состоянии). Госпитализация независимо от воли больного.

3. *Параноидные состояния в период обострения.* Возрастание бредовой активности, аффективной насыщенности бреда (больные вооружаются, устраивают засады, оказывают сопротивление при госпитализации). Опасность для конкретных лиц из окружения больного, когда бредовые высказывания сопровождаются угрозами в адрес этих лиц или нарастающими агрессивными действиями.

Рекомендуемые мероприятия: при выраженной опасности поведения больного обращение за помощью при

освидетельствовании и госпитализации в органы милиции. При опасности состояния — недобровольная госпитализация. Нейролептики с седативными (аминазин, тизерцин) или антибредовыми, антигаллюцинаторными свойствами — трифтазин (стелазин) 5 мг, галоперидол 5—10 мг внутрь или в/м одновременно с циклодолом 0,002 внутрь или акинетоном 0,0025 в/м.

4. *Депрессии (тревожные, тоскливые, с идеями самообвинения) и другие состояния аффективного спектра с активными мыслями, тенденциями, аутоагрессивными действиями, представляющими опасность для жизни пациентов или серьезную угрозу для их здоровья.*

Рекомендуемые мероприятия: амитриптиллин 0,025—0,5 внутрь или в/м. При выраженной тревоге хлорпротиксен 0,015— 0,1, тизерцин 0,025—0,5. Госпитализация независимо от воли пациента.

5. *Хронические психотические состояния с глубокими личностными изменениями, состояния с врожденным и приобретенным слабоумием с неспособностью больных самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности.*

Рекомендуемые мероприятия: госпитализация независимо от воли пациента при отсутствии лиц, осуществляющих уход и надзор, или опекунов (при наличии последних — с их согласия).

6. *Состояния с психопатоподобными расстройствами с расторможенностью или извращенностью влечений* (например, с активными попытками совершения агрессивно-садистических действий, сексуальной агрессивностью к окружающим).

Рекомендуемые мероприятия: госпитализация независимо от воли пациентов. Седативные нейролептики.

7. *Психические состояния, сочетающиеся с травмами или тяжелыми соматическими заболеваниями* (пневмония, инфаркт миокарда, заболевание почек, ишемическая болезнь сердца, желудочно-кишечного тракта и др., последствия суицидальных попыток).

Рекомендуемые мероприятия: 1) решение вопроса транспортабельности, при затруднении в решении этого вопроса или в оказании неотложной помощи психиатрическая бригада может вызвать бригаду общей или специализированной (в зависимости от соматического расстройства) скорой помощи; 2) оказание неотложной догоспитальной помощи, в том числе для обеспечения транспортировки (например, иммобилизация конечности при переломе); 3) госпитализация в соматопсихиатрическое отделение; 4) при необходимости применение средств

(с учетом имеющейся соматической патологии), купирующих или смягчающих психомоторное возбуждение (реланиум в/м, седативные нейролептики).

8. *Психотические состояния, возникшие остро или постепенно и достигшие психотического уровня (нарастающее маниакальное возбуждение, острая парафрения, другие бредовые состояния и др.), содержание переживаний при которых не обусловливает непосредственной физической угрозы для больного или окружающих, но имеющаяся выраженная тенденция к усложнению в случае неоказания своевременной психиатрической помощи влечет вред здоровью пациента.*

Рекомендуемые мероприятия: стелазин 0,005 внутрь или в/м, галоперидол 0,0015—0,005 мг внутрь или в/м. Цикладол 0,002 внутрь или акинетон 0,0025 в/м. Аминазин 25—50 мг внутрь или в/м. Госпитализация независимо от воли пациента (критерий «в»).

9. *Критические состояния:* фебрильная шизофрения, токсический нейролептический синдром, острая алкогольная энцефалопатия Гайе—Вернике и др.

Рекомендуемые мероприятия: терапию целесообразно проводить в отделениях реанимации (интенсивной терапии). При транспортировке больного в стационар может возникнуть угроза падения артериального давления, нарастания дыхательной недостаточности, в связи с чем начинают мероприятия, направленные на: 1) восстановление объема циркулирующей крови, 2) коррекцию дыхательных метаболических нарушений, 3) коррекцию микроциркуляторных нарушений, 4) коррекцию нарушений гемокоагуляции, 5) предупреждение сердечно-сосудистой недостаточности, 6) восстановление функции почек. В связи с нарушением микроциркуляции все препараты следует вводить внутривенно. При психомоторном возбуждении предпочтение следует отдавать транквилизаторам.

10. *Повторные судорожные и другие пароксизмальные состояния.*

Рекомендуемые мероприятия: реланиум до 20—40 мг в/м, фенобарбитал 0,05—0,1 внутрь, карбазепин (финлепсин, тегретол) — 0,2 внутрь.

11. *Пароксизмальные или острые экстрапирамидные расстройства как осложнение нейролептической терапии* — лингвооральный синдром, окулогирный криз (судорога взора), скованность, острая акатизия и др.

Рекомендуемые мероприятия: цикладол 0,002—0,004 внутрь. Акинетон 1 мл в/м.

12. *Состояния с невротической и психопатоподобной симптоматикой. Декомпенсации и обострения, ситуационные реакции.*

Рекомендуемые мероприятия: аминазин 0,025 внутрь или в/м. Хлорпротиксен 0,0015—0,05 внутрь. Сонапакс 0,01—0,02 внутрь. Рациональная психотерапия, рекомендация обратиться в диспансер. Реланиум 0,5—2,0 в/м.

13. *Состояния с невротической или неврозоподобной симптоматикой* (фобии ипохондрического содержания, сверхценная ипохондрия, психовегетативные синдромы, «приступы паники» и пр.).

Рекомендуемые мероприятия: реланиум 0,5—2,0 в/м, или 0,005 внутрь, феназепам 0,0005—0,001 внутрь. Амитриптилин 0,015—0,025 внутрь или в/м. Сонапакс 0,01—0,02 внутрь. Рац. психотерапия. Обратиться в диспансер.

Перегоспитализация больных из соматических стационаров в психиатрические больницы

Перегоспитализация может быть регламентирована специальной инструкцией, примерный текст которой апробирован и внедрен на ССМП Санкт-Петербурга с 1996 года.

ПРИМЕР ИНСТРУКЦИИ о порядке перевода и транспортировки больных между стационарами

1. Причинами, требующими произвести перегоспитализацию (перевод и транспортировку) психических больных между стационарами, могут служить:

— непрофильная госпитализация в результате диагностических ошибок догоспитального этапа;

— непрофильное поступление в результате самостоятельного обращения или попутной доставки;

— неправильное определение или изменение позиций ведущего (доминирующего) заболевания (синдрома) в полиморбидном комплексе;

— возникновение острых психотических расстройств у больных и пострадавших — жизнеопасных для больного и окружающих при невозможности адекватного лечения в условиях данного стационара;

— необходимость продолжения лечебного процесса в специализированном психиатрическом лечебном учреждении.

2. Показаниями для перегоспитализации служат:

— невозможность оказания адекватной помощи из-за отсутствия в стационаре отделения нужного профиля (в т. ч. отсутствие отделения с индивидуальным постом);

— заключение специалиста-консультанта (врача психиатра) с обязательным осмотром больного в течение суток, с указанием из какого лечебного учреждения этот консультант, его должности, фамилии, имени, отчества.

Примечание: перегоспитализация больных по другим причинам по желанию больного или его родственников может быть осуществлена по письменному ходатайству в адрес администрации стационара, в установленном порядке (взаимное согласование вопроса на уровне администрации стационаров и Городской станции скорой медицинской помощи).

3. Перевод осуществляет заместитель руководителя по медицинской части (в ночное время — ответственный врач по лечебному учреждению) через отдел госпитализации Городской станции скорой медицинской помощи.

4. Для оформления любого перевода необходимо сообщить следующее:

— кто переводит больного — Ф. И. О., должность (начмед, ответственный врач по стационару);

— стационар, отделение, номер телефона;

— паспортные данные больного (Ф. И. О., возраст, домашний адрес, адрес прописки);

— диагноз, с которым переводится больной, и основные объективные данные;

— состояние больного, транспортабельность в условиях какой бригады ССМП (Специализированной психиатрической, Реанимационно-хирургической, нейро-реанимационной, реанимационно-кардиологической и т. д.);

— дата поступления в стационар, кем был направлен, диагноз направления.

Примечание: если больной нуждается в перегоспитализации в условиях санитарного транспорта, например из одного психиатрического стационара в другой, то стационары, имеющие свой санитарный транспорт, осуществляют перевод своими силами после регистрации в отделе госпитализации ССМП.

5. Направление бригады ССМП на транспортировку из стационара в стационар производит старший дежурный врач оперативного отдела или от его имени помощник и врач-эвакуатор, после получения подтверждения от приемного отделения принимающего стационара.

6. Выбор профиля бригады, направляемой для перегоспитализации, остается за старшим дежурным врачом оперативного отдела ССМП с учетом:

— степени тяжести состояния больного (пострадавшего);

— характера заболевания (травмы) и осложнений послуживших поводом к переводу;

— оперативной обстановки в городе.

6-а. Направление бригады специализированной психиатрической помощи ССМП в стационар с поводом «острый психоз» производит старший дежурный врач-психиатр оперативного отдела ССМП или в его отсутствии старший дежурный врач оперативного отдела, или от его имени помощник.

7. Подготовка больного к транспортировке производится медицинским персоналом стационара при участии бригады СМП. Передающий стационар составляет на больного переводной (этапный) эпикриз, за подписью начмеда (ответственного врача по стационару) и заверенный печатью этого учреждения, который передается старшим по бригаде скорой помощи в принимающий стационар. Эпикриз содержит исчерпывающую обоснованную информацию о состоянии больного, диагнозе, ближайшем прогнозе развития жизнеугрожающих синдромов, проведенном обследовании и лечении, лечебные назначения и рекомендации при транспортировке бригадой СМП.

В эпикризе необходимо указать причину перегоспитализации, транспортабельность больного в условиях санитарного транспорта и в сопровождении какой бригады ССМП.

Примечание: при плановой перегоспитализации больной должен иметь при себе:

— переводной эпикриз, за подписью начмеда (ответственного врача по стационару), заверенный печатью этого учреждения;

— документ, удостоверяющий личность и указывающий постоянное место жительства;

— полис обязательного медицинского страхования.

8. При выполнении задания на перегоспитализацию старший бригады скорой помощи обязан:

— оценить состояние больного (пострадавшего) и его транспортабельность с прогнозом развития жизнеугрожающих состояний;

— убедиться в обеспеченности транспортировки необходимыми медицинскими и лекарственными средствами;

— получить исчерпывающую информацию о состоянии больного, диагнозе, ближайшем прогнозе развития жизнеугрожающих синдромов;

— представить врачу стационара и мотивированно изложить

в карте вызова скорой помощи свое мнение о степени риска и целесообразности транспортировки.

Бригада скорой медицинской помощи в процессе транспортировки больного проводит все мероприятия скорой медицинской помощи, направленные на поддержание функций жизнеобеспечения, профилактику жизнеобеспечения, профилактику жизнеугрожающих расстройств и жизнеопасных состояний.

9. При аргументированной невозможности со стороны врача скорой помощи взять на себя ответственность за состояние больного в процессе транспортировки, ее следует осуществить:

— под руководством и в сопровождении специалистов стационара, владеющих приемами и методами реанимации и интенсивной терапии, либо

— под руководством и в сопровождении врача-консультанта, принявшего решение о переводе, если он владеет приемами реанимации и интенсивной терапии и берет на себя ответственность за судьбу больного.

В этих случаях сопровождающий врач (врач стационара, врач-консультант) берет на себя всю ответственность за состояние здоровья больного на период транспортировки. Бригада скорой помощи в таких случаях действует по указаниям сопровождающего врача (специалиста стационара, консультанта) и выполняет все их распоряжения, а все сведения, связанные с этими обстоятельствами, фиксирует в карте вызова скорой помощи.

Вопросы тактики психиатрического профиля в пути следования выполняются соответственно должностным инструкциям бригады скорой психиатрической помощи.

10. Если старший бригады скорой помощи считает больного (пострадавшего) нетранспортабельным при отсутствии в составе персонала больницы соответствующего специалиста, а также при отказе врача стационара (консультанта) нести ответственность за больного (пострадавшего) в процессе транспортировки, вопрос перегоспитализации решается совместно со старшим врачом оперативного отдела Скорой медицинской помощи и по его указанию.

Перевозка больных психиатрическим транспортом (без сопровождения врача)

Основной задачей фельдшерских бригад психиатрической службы скорой помощи является перевозка психически больных из мест их нахождения в психиатрические стационары города по направлениям психиатров психоневрологических учреждений,

если больной, по заключению направившего врача, не может или не должен следовать туда самостоятельно.

Транспортные бригады выезжают в составе двух фельдшеров для перевозки одного больного. В отдельных случаях допускается перевозка двух спокойных больных, но при условии согласия обоих членов бригады, под их личную ответственность и с учетом ситуации на месте.

Не подлежат перевозке психиатрическим санитарным транспортом:

— лица с хроническим алкоголизмом и хронической алкогольной интоксикацией без психических нарушений и суицидных высказываний;

— лица с алкогольным абстинентным синдромом без психических нарушений;

— лица с хроническим алкоголизмом, направляемые наркологами на плановое лечение;

— наркоманы, направляемые на плановое лечение;

— все лица в алкогольном опьянении, не страдающие психическими заболеваниями;

— больные с неврозами без суицидных намерений;

— лица с антисоциальными формами поведения, не страдающие психическими заболеваниями;

— лица, направляемые в психиатрические стационары на обследование из райвоенкоматов и на койки ВТЭК;

— больные, направляемые на амбулаторную и стационарную судебно-психиатрическую экспертизу;

— военнослужащие, направляемые на лечение психиатрами войсковых подразделений, в т. ч. и иногородние.

Персонал транспортных бригад в оперативном отношении подчиняется ответственному диспетчеру центральной станции, по специальности — заведующему подстанцией, а в вечернее и ночное время — ответственному дежурному врачу-психиатру «03».

В обязанности старшего фельдшера бригады входит:

— составление рапорта о выполненных вызовах по утвержденной форме, рапорт сдается по окончании смены диспетчеру подстанции одновременно с устным отчетом;

— заполнение карты вызова на каждого больного;

— отчет о выполненных вызовах диспетчеру центральной станции и прием новых вызовов;

— консультации по всем тактическим и лечебным вопросам с ответственным врачом-психиатром «03», заведующим подстанцией и лицами, его заменяющими, вызов в помощь психиатра

ПНД, дежурных психиатров подстанции и врачей иных служб, а также работников милиции в случаях, когда не требуется присутствия врача-психиатра;

— доклад заведующему, старшему врачу, а при их отсутствии — диспетчеру подстанции о всех особых случаях, имеющих место во время дежурства (отказы от госпитализации, ДТП, конфликты, производственные травмы и т. д.). Все тактические и лечебные вопросы решаются обоими членами бригады совместно на коллегиальных началах, при расхождении мнений право принятия решений остается за старшим фельдшером бригады.

До начала рабочей смены оба члена бригады обязаны принимать медицинское имущество и фельдшерскую сумку, проверить их комплектность по описи, принять автомашину в соответствии с инструкцией по технике безопасности и проверить работу рации на прием и передачу сигналов.

При получении вызова старший фельдшер информирует коллегу об адресе вызова, возрасте и диагнозе больного и месте его госпитализации. По пути к месту вызова и в других случаях поездки без больного старший фельдшер по бригаде находится у рации.

На месте вызова оба члена бригады должны удостовериться в личности больного по документам или со слов окружающих его лиц, ознакомиться с направлением (дата выдачи, совпадение диагноза направления с диагнозом, переданным бюро госпитализации, соответствие места госпитализации, указанном в наряде и существующим районированием по месту прописки больного). При наличии телесных повреждений тщательно осмотреть больного, особенно если он был фиксирован до приезда бригады. Все обнаруженные телесные повреждения должны быть отмечены в направлении, описаны в истории болезни, доложены врачу приемного отделения. На месте вызова необходимо обратить внимание окружающих на наличие повреждений до прибытия бригады. Если соматическое состояние больного внушает опасения в его транспортабельности, больного необходимо тщательно осмотреть, оказать необходимую помощь; если потребуется, вызвать в помощь соматическую бригаду с врачом для решения вопроса о транспортабельности больного.

При транспортировке больного в стационар оба фельдшера находятся в салоне автомашины в непосредственной близости от больного, исключая возможности побега, самотравматизации, суицидных попыток и агрессии.

В приемном отделении больной должен быть передан персо-

налу «из рук в руки» с указанием на особенности поведения больного (импульсивность, агрессивность, склонность к побегу и т. д.). Оба члена бригады участвуют в сдаче по акту документов, денег и ценностей больного дежурному фельдшеру приемного отделения.

До момента полной передачи больного персоналу приемного отделения отлучаться от него не разрешается.

По окончании смены оба фельдшера должны пополнить израсходованные медикаменты и сдать имущество диспетчеру или новой смене фельдшеров, отчитаться в форме рапорта о количестве выполненных вызовов, доложить заведующему, начмеду или в их отсутствие диспетчеру подстанции об особых случаях, имевших место во время дежурства, сдать карты вызова диспетчеру.

Фельдшерская бригада не несет ответственности за диагностику и обоснованность госпитализации больного.

Фельдшерская бригада при доставке больного в приемное отделение ПНБ несет полную ответственность:

— за физическое состояние больного;

— за сохранность вещей, документов и ценностей больного, полученных по описи на месте вызова;

— за сохранность вещей, находящихся при больном.

Фельдшерская бригада имеет право:

1. При тяжелом соматическом состоянии больного вызвать в помощь бригаду с врачом соматической скорой помощи или специализированные бригады.

2. При вызове от врача ПНД на недобровольную госпитализацию больного в часы работы ПНД вызвать на место выполнения вызова врача ПНД, в нерабочее для ПНД время — врачебную бригаду СПП, а при необходимости в любое время через ответственного дежурного врача — сотрудников правоохранительных органов.

3. По указанию ответственного дежурного психиатра ССМП изменять место госпитализации, если больница, указанная в направлении, не соответствует существующему районированию и нет подтверждений о договоренности.

4. Брать для сопровождения родственников больного, если они благотворно влияют на него, и отказывать родственникам в сопровождении, если больной настроен к ним негативно или агрессивно (в этих случаях следует вежливо объяснить родственникам мотивы отказа в сопровождении и указать точный адрес места госпитализации больного).

5. По жизненным показаниям доставить больного в ближайший соматический стационар.

6. Оставлять на месте вызова лиц, не подлежащих перевозке психиатрическим транспортом (см. выше), в этих случаях старший фельдшер бригады сообщает ответственному врачу-психиатру «03», а в ПНД — о несостоявшейся госпитализации, докладывает начмеду подстанции и сдает ему изъятое направление.

7. На месте вызова, перед началом транспортировки, с помощью и участием родственников или близких к больному лиц, работников милиции, медицинских работников провести изъятие у больного предметов, могущих послужить орудием самотравматизации или агрессии; осмотреть больного с целью обнаружения других предметов, документов, денег, обратить внимание окружающих на наличие или отсутствие указанных вещей, при согласии больного оставить обнаруженное дома (при госпитализации из дома).

8. В случаях острого психомоторного возбуждения больного, представляющего опасность для самого больного (самотравматизация, суицидные намерения) или для окружающих его лиц (агрессия), к больному должны быть применены приемы удержания и физического ограничения, принятые в психиатрической практике.

9. При резком психомоторном возбуждении больного, представляющего опасность для него и окружающих его лиц, фельдшеры психиатрической службы имеют право произвести купирование возбуждения с помощью психофармакологических средств по утвержденной методике (см. ниже).

Самостоятельная работа на психиатрическом транспорте требует от фельдшера повышенной общемедицинской и профессиональной подготовки, постоянное повышение квалификации. Последние условия — долг и обязанность средних медицинских работников психиатрической службы скорой медицинской помощи.

Особенности тактики фельдшера транспортной бригады скорой психиатрической помощи

При вызове по месту жительства больного фельдшеры должны удостовериться в правильности адреса, в личности больного, в соответствии диагнозов наряда на госпитализацию и направления, и проверить дату выдачи направления.

Психически больной не подлежит доставке в приемное отделение ПНБ в случаях несогласия родственников или опекунов

больного (за исключением случаев недобровольной госпитализации). В случае отказа родственников больного от его госпитализации, старший фельдшер обязан изъять направление психиатра, сообщить о случившемся отказе в районный ПНД и заведующему или начмеду подстанции, а от родственников больного взять расписку по следующей форме: «Я ... больного ... отказываюсь от госпитализации моего ... об ответственности и возможных последствиях отказа предупрежден. Дата. Подпись». Расписка и направление сдаются по окончании дежурства заведующему, начмеду или диспетчеру.

Если больной, подлежащий доставке в приемное отделение ПНБ, закрылся в квартире и отказывается открыть дверь, а в направлении психиатра нет указания на суицидные и агрессивные действия больного и родственники не настаивают на экстренной госпитализации, старший фельдшер должен сообщить о сложившейся ситуации в ПНД (в вечернее и ночное время — ответственному психиатру «03»), взять расписку у родственников об отказе от госпитализации больного. Если в аналогичной ситуации в направлении имеется указание на общественную опасность больного (суицидные или агрессивные действия) или родственники настаивают на срочной госпитализации больного, госпитализация расценивается как недобровольная. При недобровольной доставке в приемное отделение ПНБ старший фельдшер вызывает психиатра из ПНД, в часы работы ПНД, или дежурного психиатра скорой помощи — в вечернее и ночное время. Недобровольная госпитализация осуществляется только в присутствии и под руководством врачей-психиатров.

Присутствие врача-психиатра при госпитализации фельдшерским транспортом обязательно в следующих случаях:

— при недобровольной госпитализации;

— при госпитализации соматически ослабленных больных, если отсутствует заключение терапевта о транспортабельности больного;

— при госпитализации больных из квартир, если имеются противодействия госпитализации со стороны окружающих больного лиц;

— если имеются разногласия среди прямых родственников больного о необходимости госпитализации.

При недобровольной доставке в приемное отделение ПНБ персонал транспортной бригады поступает в полное распоряжение психиатра, осуществляющего госпитализацию, вплоть до помещения больного в салон автомашины.

В особых случаях (травматизация больного, конфликтные случаи и др.) старший фельдшер бригады обязан доложить ответственному дежурному врачу о необходимости врачебного сопровождения больного до приемного отделения стационара.

Если больной одинокий и по болезненным или иным мотивам боится за сохранность своего имущества, а также в случаях, если дверные запоры комнаты повреждены, из ПНД вызывается участковая медсестра, которая с представителями ЖЭК и милиции должна опечатать двери комнаты (квартиры). Бригада дожидается одного из названных лиц. В истории болезни отмечается особенность данной госпитализации и фиксируется фамилия и должность лица, оставленного для опечатывания дверей.

Если больной соматически ослаблен (острое или хроническое заболевание, старческая дряхлость, истощение и др.) и у членов бригады имеются сомнения в его транспортабельности даже при наличии заключения терапевта, в случае присутствия психиатра госпитализация осуществляется под его ответственность (персонал бригады вправе потребовать, чтобы врач сопровождал больного до приемного отделения).

Если психиатр отсутствует, через ответственного врача-психиатра «03» вызывается бригада соматической скорой помощи, врач которой и решает вопрос о транспортабельности больного или месте его госпитализации (соматический или психиатрический стационар). Во всех случаях персонал транспортной бригады должен оказать доврачебную медицинскую помощь.

Если госпитализации больного препятствуют родственники, страдавшие психическим заболеванием или индуцированные больным, присутствие психиатра ПНД при госпитализации обязательно.

При выполнении вызова на производство, предприятие, учреждение, осмотр и оказание скорой психиатрической помощи проводится в присутствии медицинского персонала и представителей администрации предприятия в здравпункте или административном помещении. Начало оказания скорой психиатрической помощи в производственном помещении производится только при некупируемой агрессии больного после предварительного ограничения больного силами штатных сотрудников правоохранительных органов или охраны предприятия, и их содействии.

При доставке в приемное отделение ПНБ пациентов из соматических больниц необходимы:

— направление психиатра;

— выписка из истории болезни, заверенная заведующим отделением или лечащим врачом, с указанием о транспортабельности, отсутствии необходимости в специализированном соматическом лечении, если у больного имеются телесные повреждения, они должны быть отражены в выписке;

— запись в выписке или в форме отдельного акта о имевшихся при больном ценностях или об отсутствии таковых, она заверяется подписью дежурного врача;

— больной должен быть одет соответственно сезону, в холодное время года обязательны: головной убор, пальто (теплый халат), носки, полный комплект нижнего белья, обувь. В машине больной должен быть укрыт одеялом, входящим в имущество бригады.

Если отделение не может обеспечить необходимым минимумом одежды по сезону, то бригада вправе задержать перевозку больного или с разрешения ответственного психиатра «03» отложить перевозку больного до тех пор, пока больной не будет одет в соответствии с погодными условиями.

Если больной находится в тяжелом соматическом состоянии и внушает опасения бригаде в его транспортабельности, то старший фельдшер вправе просить дополнительного осмотра больного дежурным врачом по больнице и его записи (подписи) в выписке.

Доставка в приемное отделение ПНБ больных из лечебно-трудовых мастерских производится только из административных помещений и в присутствии врача ЛТМ или медицинской сестры.

Срок действия направления на госпитализацию — 24 ч с момента выдачи. По истечении этого срока направление недействительно. Оно должно быть изъято у родственников и сдано начмеду подстанции. Исключения составляют случаи, когда в направлении имеются указания на общественную опасность больного. Необходимость госпитализации таких больных определяется их состоянием в момент осмотра. В случаях «до звонка» срок действия направления — 48 ч с момента выдачи.

Перевозка больных без направления не разрешается, за исключением случаев, специально оговоренных между заведующим или начмедом службы и участковым психиатром (направление находится в приемном отделении ПНД или иных местах). В этих случаях при оформлении наряда на перевозку в бюро госпитализации должна быть сделана соответствующая запись.

Медикаментозное купирование острого психомоторного возбуждения в практике работы транспортных бригад скорой психиатрической помощи

Острое психомоторное возбуждение у психически больных, вызванное расстройствами сознания, галлюцинаторно-бредовыми переживаниями или иными причинами, представляет значительную опасность для самого больного, окружающих его лиц и медицинского персонала. Своевременно начатое купирование психомоторного возбуждения позволяет снизить опасность самотравматизации больного, производственный травматизм персонала психиатрических бригад, обеспечить транспортировку больных в стационар в условиях, отвечающих современным требованиям к внебольничной психиатрической помощи, облегчить работу персонала приемного отделения психиатрических больниц и первые лечебные мероприятия на отделении. Первичное купирование психомоторного возбуждения на догоспитальном этапе обеспечивает необходимую преемственность в лечении психически больных.

В случаях острого психомоторного возбуждения больных, находящихся в квартирах, учреждениях и общественных местах, а также развившегося во время транспортировки, фельдшеры транспортных бригад должны начать его первичное купирование.

Введение успокаивающих средств (купирование) может производиться в целях профилактики сопротивления и агрессии при осуществлении госпитализации и выполняться в помещении, где находится больной. К легким успокаивающим средствам относятся внутримышечные инъекции транквилизаторов: реланиум, седуксен и др. Эффективным купирующим средством является литическая смесь из аминазина от 1,0 до 3,0 в сочетании с димедролом от 1,0 до 3,0 мл, вводимая внутримышечно в одном шприце до 3 раз в сут. Разрешается вводить парентерально до 2 мл (50 мг) тизерцина или галоперидола (10 мг) или их сочетание по 1 мл с обязательным одновременным введением 2 мл кардиамина. При этом надо иметь в виду, что при состояниях тревоги, страха, аффективной напряженности показан тизерцин, при галлюцинаторно-бредовых синдромах — галоперидол, при возбуждении смешанного генеза показано сочетание этих препаратов. Внутривенные вливания не разрешаются. В направлении делается запись с указанием, какой препарат инъецирован и в какое время.

При госпитализации возбужденных больных из ПНД, ЛТМ и соматических стационаров первичное купирование возбуждения

должно быть начато до транспортировки персоналом этих учреждений. При необходимости фельдшеры транспортных бригад психиатрической скорой помощи помогают медицинскому персоналу этих учреждений в выполнении инъекций.

Фельдшеры транспортных бригад психиатрической скорой медицинской помощи вправе задержать перевозку больных из ПНД, ЛТМ и соматических стационаров, пока не будут сделаны инъекции седативных лекарственных веществ.

XVI. Функциональная связь работы психиатрической службы станции скорой медицинской помощи и психоневрологических диспансеров города

Психиатрическая служба скорой медицинской помощи работает в функциональном контакте с психоневрологическими диспансерами, психоневрологическими и наркологическими кабинетами города и пригородов, оперативно обмениваясь информацией, проводит совместные совещания, конференции, клинические разборы.

Ответственный дежурный психиатр «03», осуществляя прием психиатрических вызовов на психиатрическую службу скорой медицинской помощи, давая отказ в направлении психиатрической бригады скорой помощи, если не находит показаний для срочной консультации и оказания экстренной медицинской помощи, рекомендует лицам, вызывающим врача-психиатра к больным, состоящим на психиатрическом учете, не нуждающимся в срочной госпитализации, обращаться в районные ПНД (в дневное время и часы работы ПНД). В отдельных случаях, при повторных обращениях, сам передает вызовы к учетным больным в ПНД. Поддерживает связь по телефону с врачами и диспетчерами ПНД — при большом потоке вызовов по вопросам первоочередности направления санитарного транспорта, качества оказания медицинской помощи, профильности и районирования госпитализации, своевременности обслуживания больных, приемов вызовов в ПНД. Направляет в помощь врачу ПНД врачебные и транспортные бригады, милицию, пожарников. Осуществляет прием вызовов от врачей ПНД «до звонка». В случае отказа в приеме вызовов диспетчером в часы работы ПНД — по телефону оперативно решает вопросы с руководством ПНД.

При приеме вызовов от врача ПНД ответственный дежурный

врач-психиатр обязан запросить, а врач-психиатр ПНД предоставить сведения по схеме:

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Возраст.
3. Адрес вызова.
4. Описание психического состояния.
5. Особенности поведения и степень медико-социальной опасности.
6. Соматическое состояние.
7. Фамилия врача.

Дежурный (выездной) врач-психиатр скорой помощи имеет право выписать направление в ПНД на плановую консультацию в случаях отсутствия показаний для доставки пациента в приемное отделение ПНБ.

Дежурный (выездной) фельдшер специализированной психиатрической службы скорой помощи в процессе работы по телефону:

— уточняет у работников ПНД вопросы: госпитализации по району, отсутствия справок от специалистов-соматиков при госпитализации психически больных с отягощенной соматической патологией, престарелых больных, находящихся под наблюдением ПНД;

— при госпитализации больных из ПНД имеет право обратиться к врачу-психиатру, выдавшему направление на госпитализацию, для решения вопроса купирования психомоторного возбуждения или по поводу не указанных в направлении имевших место травматических повреждений либо другой острой соматической патологии;

— при отсутствии пациента на месте вызова дежурный (выездной) фельдшер должен сообщить в ПНД.

Дежурный диспетчер подстанции, получив сведения, зафиксированные в журнале «Передачи активных вызовов в ПНД» от бригад, выполнявших вызовы в ночное время, выходные и праздничные дни — сообщает эти данные в ПНД.

На подстанции имеется карточка особо опасных, физически сильных пациентов, агрессивно настроенных по отношению к медицинскому персоналу, склонных вооружаться и оказывать физическое сопротивление. Этой информацией подстанция обменивается с ПНД города.

Дежурный (выездной) врач-психиатр скорой помощи в процессе своей работы поддерживает связь по телефону с ПНД; в случаях, когда больной не нуждается в срочной доставке в приемное отделение ПНБ по скорой помощи, после осмотра и ока-

зания помощи (консультативной и лечебной) — дежурный психиатр оставляет необходимые рекомендации родственникам или опекунам, медицинским работникам.

К больным, оставленным дома, в районные ПНД передается активный вызов участкового врача-психиатра, вызов передается в установленной форме и фиксируется в «Журнале передачи активных вызовов в ПНД».

XVII. Особенности оказания скорой психиатрической помощи при отсутствии в штате ЛПУ врачей-психиатров

Организация оказания скорой медицинской помощи больным с острыми психическими расстройствами при отсутствии в составе ССМП бригад СПП

1. *Общие положения:*

Станция (отделение) скорой медицинской помощи при отсутствии в ее составе бригад СПП выполняет врачебные вызовы к больным с психическими расстройствами в места их проживания и общественные места силами линейных бригад и доставляет нуждающихся в скорой психиатрической помощи в приемное отделение общесоматической многопрофильной больницы для врачебного наблюдения и передачи больных бригадам СПП, вызываемым в помощь через ответственного врача и (или) дежурного психиатра специализированного стационара.

2. *Особенности приема вызова к больным с острыми психическими расстройствами (оперативно-тактические рекомендации).*

Медицинская сестра (фельдшер) по приему и передаче вызовов при поступлении вызова, указывающего на психическое расстройство, дополнительно к должностной инструкции обязана:

2.1. Уточнить место постоянного проживания больного, в т. ч. в психоневрологических интернатах района (ПНИ) и при возможности.

2.2. Получить информацию о нахождении больного на учете в психиатрическом (наркологическом) кабинете района (диспансера города).

2.3. Получить информацию об особенностях больного (вооружен, агрессивен, заперся, угрожает самоубийством, избивает окружающих, имеет травмы и т. д.).

или внутримышечное введение препаратов бензодиазепинового ряда (транквилизаторов), например: седуксен 0,5% раствор по 2 мл в амп. в дозе 2—4 мл или его аналоги (сибазон, реланиум и др.), а также натрия оксибутирата 20% раствор в 10 мл в амп. в дозе одна ампула внутривенно или седативное средство — магния сульфат 25% раствор по 10 мл в амп. в дозе 5—10 мл в/м или в/в (медленно — опасность угнетения дыхания! При угнетении дыхания — внутривенно кальция хлорид 10% 5—10 мл, кислород, ИВЛ).

3.10. В сомнительных и сложных случаях запросить консультацию дежурного психиатра специализированного стационара и (или) врача психиатрического кабинета района (психоневрологического диспансера) в его рабочие часы.

3.11. Вариантом выбора тактического решения по диагнозу «острый психоз» является доставка больного для временной изоляции в изолятор приемного отделения общесоматической многопрофильной больницы с немедленным вызовом «в помощь» в часы работы районного психиатрического кабинета (психоневрологического диспансера) врача-психиатра района, а в остальное время — специализированной бригады СПП. Доставку больного в приемное отделение общесоматической многопрофильной больницы проводить только по получению в карте вызова письменного согласия больного или его ближайших родственников (опекунов), кроме случаев, оговоренных для недобровольной госпитализации Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В отдельных случаях, при полной уверенности в отсутствии деструктивных намерений у больного, с согласия родственников (администрации учреждения), с разрешения дежурного психиатра допускается ожидание вызванной в помощь бригады СПП на месте вызова без предварительной доставки в приемное отделение больницы при обязательном обеспечении непрерывного врачебного наблюдения и сроке ожидания, не превышающем 1 часа с момента прибытия к месту вызова.

3.12. При помещении больного в изолятор приемного отделения больницы осуществлять врачебное наблюдение за ним до очной передачи вызванной в помощь специализированной бригады СПП или районному врачу-психиатру с проведением, по показаниям, неотложных медицинских мероприятий.

3.13. При выполнении вызовов к больным с психическими расстройствами строго руководствоваться специальной инструкцией по технике безопасности.

3.14. При отсутствии показаний к экстренной госпитализа-

ции у больных, находящихся на учете у психиатра или нарколога, передать активный вызов в районные психиатрический и наркологический кабинеты или диспансеры (соответственно).

3.15. Доставка больных с острыми психическими расстройствами в психиатрические стационары города линейными бригадами ССМП должна быть или ЗАПРЕЩЕНА, или оформлена специальным решением местного органа здравоохранения с учетом уровня подготовки персонала скорой помощи и медицинского оснащения бригады СМП.

Оказание экстренной медицинской помощи больным с острыми психическими расстройствами в соматических стационарных ЛПУ

Острые психические расстройства у пациентов соматических ЛПУ могут быть выявлены в момент поступления, а также возникнуть во время стационарного лечения.

1. При поступлении в стационар больных соматическими заболеваниями, осложненными психическим расстройством, им оказывают экстренную медицинскую помощь и получают срочную консультацию по дальнейшему ведению у штатного консультанта-психиатра, а при его отсутствии — у дежурного врача-психиатра скорой медицинской помощи.

2. При внезапном проявлении признака острого психического расстройства у пациента в приемном или лечебном отделении его помещают в палату-изолятор на первом этаже стационара, обеспечивают медицинский надзор, при необходимости — фармакологическое и мягкое физическое удержание, срочно консультируют у штатного консультанта-психиатра стационара, при его отсутствии вызывают специализированную бригаду СПП.

3. Врачу-психиатру бригады СПП представляют стационарную историю болезни для записи результатов осмотра, диагноза, лечебных мероприятий, тактическое решение на экстренный перевод в психиатрический стационар или мотивированный отказ с медицинскими рекомендациями и назначениями по дальнейшему ведению больного.

4. Дежурный врач стационара:

4.1. Оформляет перегоспитализацию по заключению психиатра переводным эпикризом с записями о:

— сроках пребывания в стационаре;
— соматическом диагнозе;
— основных объективных данных;

— проведенных и рекомендуемых лечебных мероприятиях по соматической патологии;

— признаках, динамики, остроте психического расстройства;

— транспортабельности в условиях перегоспитализации и рекомендациях по лечению соматического заболевания в условиях психиатрического стационара.

4.2. Осуществляет подготовку больного к транспортировке, в т. ч.:

— обеспечение одеждой по времени года;

— передачу по акту документов, денег, вещей, ценностей больного старшему бригады СПП.

4.3. Передает больного и документы сопровождения бригаде СПП.

XVIII. Скорая психиатрическая помощь в условиях боевых действий, при катастрофах и стихийных бедствиях

Содержание и задачи скорой психиатрической помощи (СПП) в условиях ЧС

Скорая психиатрическая помощь выполняет часть в общей системе лечебно-эвакуационных мероприятий, осуществляемых скорой медицинской помощью города в очаге со значительным количеством пострадавших.

Задачи специализированной скорой психиатрической службы, привлекаемой к оказанию медицинской помощи в очаге, могут быть сформулированы следующим образом:

1. Организация и проведение лечебных мероприятий по оказанию неотложной помощи больным с нервно-психическими расстройствами.

2. Проведение профилактической работы по предупреждению индукции психической патологии в массе пострадавших; изоляция индукторов.

3. Разделение потоков пострадавших по клинике заболеваний, степени тяжести и направление их в соответствующие лечебные и профилактические учреждения.

4. Изучение опыта оказания помощи и совершенствования ее в целях повышения эффективности.

Исходя из имеющихся средств, подстанция сможет в течение

первого часа выслать к месту очага 8—10 врачебных и 3—4 фельдшерских бригад. Согласно положению о скорой психиатрической помощи, заведующий подстанцией и ее начмед обязаны в любое время суток выехать в помощь линейным бригадам.

Кроме этого, по распоряжению ответственного врача в адрес очага может быть направлен ответственный психиатр «03» на транспорте, выделенном оперативным центром.

Исходя из штатного расписания и реальной обстановки (отпуск, болезни сотрудников), в течение последующих двух часов могут быть дополнительно сформированы 15—20 врачебных бригад, что потребует соответствующего количества транспортных средств, а также профильных укладок. При этом следует иметь в виду, что в зависимости от характера поражений сотрудники скорой психиатрической помощи могут быть использованы в качестве выездного персонала линейных бригад скорой помощи.

В свою очередь, при массовом поступлении больных с нервно-психическими расстройствами для оказания медицинской помощи могут быть задействованы бригады соматического профиля, но без права физического ограничения больных с острыми психическими расстройствами.

Объем и структура санитарных потерь психиатрического профиля

Под санитарными потерями психиатрического профиля следует понимать больных и пораженных, у которых единственным или ведущим синдромом болезненного состояния является нервно-психическое расстройство.

Одна из основных особенностей структуры санитарных потерь в современных условиях — комбинированный характер значительной части поражений, сочетание травм, ожогов, отравлений, а возможно и ионизирующей радиации с психозами, острыми реактивными состояниями, закрытой черепно-мозговой травмой и т. д.

Принято считать, что в группе пораженных ядерным оружием нервно-психические расстройства будут отмечаться прежде всего у контуженных и составят около 5% от общего числа подвергшихся ионизирующей радиации.

При ожогах площадью свыше 10% поверхности тела, в 50% случаев развиваются психические нарушения.

В группе пораженных огнестрельным оружием, по данным ВОВ, они выявляются у 3%.

В настоящее время принято считать, что в условиях совре-

менной войны, при тяжелых катастрофах и при последствиях стихийных бедствий удельный вес заболеваний психиатрического профиля составит около 10% от общего числа больных.

Наиболее сложным является прогнозирование санитарных потерь за счет реактивных состояний.

Американские военные психиатры и психологи полагают, что реактивные состояния могут составить от 10 до 15% от численности личного состава, подвергшегося воздействию средств массового поражения.

При землетрясении в Скопле острые реактивные состояния, преимущественно ступорозного характера, наблюдались в большей или меньшей степени у всех жителей пострадавшего города.

Примерно у 20% населения это состояние быстро прошло, у 70% продолжалось от нескольких часов до 2—3 суток и у 10% наблюдались серьезные психические расстройства, которые требовали специальной медицинской помощи и лечения.

Острые реактивные состояния по срокам течения целесообразно разделить на следующие группы:

— острые аффективные реакции со сроком течения до 1— 2 ч; помощь оказывается на местах и больные не госпитализируются;

— кратковременные острые реактивные состояния со сроками течения от нескольких часов до 5—7 суток, больные могут помещаться в больницы общесоматического профиля, где они должны получить психотерапевтическую и медикаментозную помощь;

— острые реактивные состояния средней тяжести со сроками течения до 15—20 суток (больные направляются в дневные стационары ПНД или психиатрические больницы);

— психотические и затяжные формы реактивных состояний со сроками течения свыше 2—3 недель (больные нуждаются в специализированной медицинской помощи и лечении в психиатрической больнице).

Коллективные реакции страха и их профилактика

Коллективные реакции страха (паника) возникают в военное время и нередко при стихийных бедствиях и катастрофах. Паника, возникнув в многолюдной массе и охватив ее, может принести больше вреда, чем само бедствие.

Паника может развиваться в основном двумя путями:

— аффективным — после внезапного необычайно сильного воздействия и, охватывая массы людей, ведет к неосознанным воздействиям, давке людей и их гибели;

— коммулятивным — при этом постепенно нагнетается устрашающая обстановка, готовится психологическая почва и внезапное, даже слабое устрашение, сопровождается крайне резким аффектом.

Основу для паники составляет отрицательный пример индуктора и далее, по принципу заразительности, страх охватывает окружающих.

Паника — это всегда отсутствие руководства массами или подмена руководства паникерами.

Профилактика паники заключается в следующих мероприятиях:

— знание и разъяснение среди населения ее отрицательных последствий;
— изъятие и успокоение индуктора (индуцирующей группы);
— постоянное руководство массами в устрашающей ситуации;
— постоянная занятость людей и дисциплина поведения;
— назначение транквилизирующих средств.

Клиническая характеристика и общие принципы лечения острых реактивных состояний

Острые реактивные состояния, в зависимости от степени тяжести нервно-психических расстройств и их длительности, делят на две большие группы:

А. Невротические формы

Невротические аффективные реакции, возникающие в обстановке внезапного устрашения, характеризуются остротой развития, кратковременностью течения (от 10—20 мин. до 2—3 ч) и в основном проявляются в двух формах: возбудимая форма — характеризуется хаотическими движениями (бег, дрожание рук, тела, голоса, суетливость). Речь ускорена, голос громкий, высказывания непоследовательные. Ориентировка в пространстве поверхностная. Чувство тревоги, страха, фиксация на психотравмирующей ситуации. Лицо гиперемировано или бледное, тахикардия, изменение АД. Сознание не помрачено. Бреда и обманов восприятия не отмечается. Ступорозная форма проявляется признаками общей скованности, двигательной заторможенности, пассивным поведением, безучастностью к себе и окружающим событиям. Речь замедленная, односложная, голос тихий, чувство отрешенности, бесперспективности. Лицо бледное. Сознание не расстроено. Способен понимать и пассивно выполнять инструкции.

Одной из особенностей истерических расстройств является способность больных воспроизводить симптомы соматических заболеваний: рвота, утрата сознания, судороги, мутизм, амавроз, аритмия, параличи, парезы.

Устанавливая диагноз психогенного воспроизведения клиники соматических заболеваний, необходимо остановиться на структуре личности больного (истерические черты характера), наличие отдельных ярких признаков соматического заболевания при отсутствии необходимого комплекса расстройств и их специфической динамики.

Внушаемость больных, театральность поступков, гипертрофированное преподношение соматической симптоматики и двойственность поведения обследуемых при наблюдении и отсутствии врача существенно помогает в установлении истинного диагноза.

Б. Психические формы (реактивные психозы)

1. Острые психозы (шоковые реакции) — те случаи, когда непосредственная и очевидная опасность для жизни (катастрофа) вызывает психическое потрясение, при котором хотя бы на короткое время нарушаются умственная и психическая деятельность.

При формах с возбуждением часто выявляются автоматизмы, как в смысле обнаружения примитивных влечений (безудержное бегство), агрессивные поступки, так и просто беспорядочной сменой неосмысленных, иной раз судорожных движений (припадки).

В некоторых случаях психомоторное возбуждение выражено слабо или отсутствует и преобладают нарушения ориентировки и осмысления, выражающиеся в растерянности и неспособности к целенаправленной деятельности. Могут возникнуть слуховые и зрительные галлюцинации, отражающие характер волнующих переживаний. Такие формы имеют более длительное течение (3—5 сут.). Однако после глубокого сна с применением нейролептиков и снотворных у больных нередко наступает полное прояснение сознания.

При ступорозных формах — вызываемое ужасом застывание на месте сопровождается неспособностью к совершению самых элементарных движений, необходимых даже для собственного спасения.

Сюда же относят и «эмоциональный паралич» — состояние видимого безучастия к происходящему и случившемуся, сопровождающееся переживанием внутренней пустоты и неспособно-

стью прочувствовать трагизм положения. Обычно выражены и соматические проявления: замедление или учащение пульса, лабильность АД, побледнение, появление обильного пота, профузные поносы, рвота, расстройства мочеиспускания.

Двигательная и речевая заторможенность бывает разной интенсивности и может продолжаться от нескольких часов до нескольких суток. Возможно волнообразное изменение глубины нарушения сознания, смена заторможенности кратковременным возбуждением. После выхода из ступора наблюдается астения и амнезия.

2. Затяжные психозы также могут быть различны по своим внешним проявлениям у больных.

Сумеречное расстройство сознания — развивается после фугиформной реакции или без периода психомоторного возбуждения. Ведущим является нарушение ориентировки в окружающей обстановке, неадекватность поступков. Речевое и двигательное возбуждение или отсутствие речевого контакта.

На высоте аффекта могут возникать иллюзорные и галлюцинаторные обманы восприятия, тревога, страх. Окружающих больные могут принимать за преследователей, врагов и в таком состоянии могут совершать агрессивные действия. Продолжительность от нескольких дней до 1—2 нед. Сопровождается частичной амнезией и выраженными астеническими расстройствами.

Псевдодементный синдром — разновидность сумеречного состояния сознания. При этом больные способны частично ориентироваться в обстановке, они не совершают действий, опасных для себя и окружающих. Характерно демонстративно грубое нарушение интеллекта: больные неправильно называют свой возраст, текущий день, месяц, год, не могут назвать имена родных. Поведение и манеры больных нарочито дурашливые: таращат глаза, гримасничают, морщат лоб. На поставленный вопрос отвечают в плоскости вопроса, но «нарочито» неправильно.

Псевдодементные реакции могут протекать с возбуждением или с общей заторможенностью.

Реактивная депрессия — проявляется состоянием тревоги и угнетения, понижением настроения, замедленным процессом мышления и снижением двигательной активности.

Депрессивные реакции могут появляться как с невротической, так и с психотической симптоматикой. Для психотической формы, наряду с более выраженным снижением настроения характерны идеи самоуничижения, виновности, часто имеют место ипохондрические высказывания, суицидные тенденции (высказывания, приготовления, действия).

В зависимости от выраженности депрессии тактика врача должна быть различной. При наличии резко подавленного настроения, отказа от пищи или бредовых высказываний показано стационарное лечение.

Реактивный параноид — возникает под воздействием психотравмирующих событий на фоне длительного эмоционального напряжения. Для него свойственны: тревога, страх, бредовые идеи отношения, преследования. Больные крайне беспокойны и могут совершать действия, опасные для себя и окружающих. Настроение обычно снижено, стремятся к уединению или просят защитить их от преследователей. С подозрением и недоверчивостью относятся к врачу. Подлежат госпитализации.

Общие принципы лечения

Психомоторное возбуждение наблюдается менее, чем у половины больных реактивными психозами. Однако поступление даже незначительного числа возбужденных в медицинские пункты и лечебные учреждения внесет дезорганизацию в их работу. Поэтому купирование психомоторного возбуждения необходимо рассматривать как неотложную помощь.

Общее правило: ни один больной не должен быть госпитализирован в состоянии психомоторного возбуждения!

В редких случаях может возникнуть необходимость ограничить в движениях возбужденного больного для выполнения медицинских назначений, а также при агрессии или суицидных действиях. Несмотря на физическое ограничение или введение лекарств, необходимо специальное круглосуточное (медицинский пост) наблюдение за больным.

Купирование психомоторного возбуждения у больного — это начало его лечения независимо от того будет больной госпитализирован или нет.

«Психофармакологическое связывание» сводит к минимуму опасность больного для себя и производственный травматизм персонала скорой помощи.

Все фармакологические средства психо- и нейротропны, а воздействуя на другие органы и системы, нормализуя эффективные нарушения, являются сомато- и эмоциотропными.

Каждый психотропный препарат имеет свой спектр активности, включающий общее антипсихотическое действие (воздействие на психоз в целом) и избирательное (элективное), действие

на отдельные «симптомы-мишени» (на тревогу, страх, галлюцинации, бред и т. д.).

Общее и избирательное действие психотропных препаратов адресуется к уровням (регистрам) психопатологических проявлений.

На психотическом уровне действуют нейролептики, к невротическому уровню адресуются транквилизаторы.

Для купирования психического возбуждения («двигательная буря», фугиформные реакции) применяются: седуксен (реланиум)— 6—8 мл внутримышечно; аминазин 2,5% раствор — 2—4 мл, пропазин 2,5% раствор — 2—4 мл, тизерцин 2,5% раствор — 1—3 мл, хлорпротиксен по 1—2 мл 2,5% раствора внутримышечно.

При истерических (психопатических) реакциях применяется седуксен, аминазин, галоперидол.

Для соматически ослабленных больных, лиц престарелого возраста, у детей и подростков дозы нейролептиков должны быть соответственно снижены. Предпочтительна их комбинация с антигистаминными препаратами.

Вопросы, касающиеся действия медперсонала психиатрической скорой помощи при эвакуации психически больных в случае стихийных бедствий (наводнение, землетрясение) и других сложных ситуациях, имеют важное значение.

Эвакуация психически больных в экстренных случаях является трудоемким процессом. Она осложняется рядом факторов, связанных со специфическими особенностями, присущими душевнобольным. К ним, в первую очередь, относится тяжесть психического состояния (агрессивность, импульсивные действия, стремление к самоубийству и т. д.). При эвакуации всех больных делят на две категории: на нуждающихся в лечении, которое может быть обеспечено в амбулаторных условиях, и тех, кто по психическому состоянию требует строгого надзора и лечебных мероприятий только в стационаре. Первые по возможности могут быть переданы родственникам, которые подлежат эвакуации.

К категории эвакуированных относятся больные:

— по психическому состоянию нуждающиеся в уходе, надзоре и активном лечении в стационарных условиях;

— опасные для себя и окружающих, нуждающиеся в принудительном лечении;

— другие больные с нерезко выраженной степенью психических расстройств при отсутствии в данном городе родственников, способных за ними ухаживать.

По состоянию эвакуируемые больные подразделяются на:

— спокойных, критически относящихся к создавшейся обстановке и угрожающей опасности;

— возбужденных, за которыми необходимо наблюдение;

— ослабленных, транспортируемых на носилках, с явлениями психоза и сопутствующих тяжелых соматических заболеваний.

Известные трудности могут возникнуть перед медицинским персоналом при выявлении возможных реактивных состояний у больных при оказании им медицинской помощи, организации мероприятий, предшествующих эвакуации. При нехватке врачей-психиатров скорой помощи на месте происшествия или в пути следования из района стихийных бедствий фельдшеры скорой помощи будут оказывать неотложную медицинскую помощь больным самостоятельно. На них возлагается ответственность за сопровождение больных.

Условия, в которых готовится и производится эвакуация, а также необходимость оказания помощи одновременно большому числу больных требует наличия определенного набора психофармакологических препаратов. Нужно быть готовым к использованию препаратов для купирования различных видов психомоторного возбуждения (бредового, галлюцинаторного, кататонического), кататонической заторможенности (ступора), судорожных припадков, сумеречных состояний и других видов помрачения сознания, глубокой депрессии с суицидными тенденциями и других острых психотических состояний.

Для купирования указанных состояний медперсонал скорой помощи может применять внутримышечно и внутривенно аминазин, тизерцин, галоперидол, сернокислую магнезию, гексенал, хлорид натрия, седуксен, элениум и др.

При отсутствии эффекта у очень беспокойных больных допускается их временная фиксация к сидениям автомашины, носилкам различными подсобными средствами. Удерживание должно быть осторожным, чтобы не причинить повреждений. Ни в коем случае нельзя хватать больного за грудь, лицо, давить на живот. Чтобы больной не нанес удерживающему удар ногой, надо стоять не прямо перед больным, а с боку.

Особенно щадящим должен быть уход за ослабленными больными с сопутствующими соматическими заболеваниями.

Больных с травмами конечностей и суставов транспортировать только на носилках и после тщательной иммобилизации.

Душевнобольным детям, подлежащим эвакуации, на руку одевают повязку, на которой указывают фамилию, имя, отчество, год рождения и адрес родителей, если это известно. Доставка

больных может производиться в отделения больниц, либо в приспособленные помещения.

В сложных условиях медицинские работники должны обладать спокойствием и выдержкой. Что бы ни произошло в пути следования, поведение персонала должно быть всегда ровным, спокойным. Он должен выполнять свои обязанности, не проявляя недовольства и раздражения. Резкость в отношении больных, повышение голоса могут только повредить делу.

Соблюдение указанных правил обеспечивает нормальное проведение эвакуационных мероприятий.

XIX. Юридические аспекты психиатрии

Порядок оказания психиатрической помощи в РФ установлен вступившим в силу с 1993 года Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Кроме того, деятельность психиатра регламентируется нормами общего законодательства о здравоохранении. Важнейшим федеральным медицинским законом являются «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 года № 5487-1.

Основной смысл Законов состоит в етремлении сделать психиатрическую помощь максимально гуманной и демократичной, по возможности сблизить и даже уравнять ее в правовом отношении с другими видами медицинской помощи. Вместе с тем Закон исходит из того, что специфический характер психических расстройств делает необходимым и оправданным в некоторых случаях применение мер психиатрической помощи независимо и даже вопреки выраженному в данный момент желанию пациента.

Закон направлен на решение четырех основных задач: 1) защиту прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в его жизнь; 2) защиту лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе на основе психиатрического диагноза, а также фактов обращения за психиатрической помощью; 3) защиту общества от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами; 4) защиту врачей, медицинского персонала и иных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, а также независимости врача-психиатра при принятии решений, связанных с оказанием психиатрической помощи, от возможного влия-

ния третьих лиц, включая представителей администрации и органов управления.

Для решения этих задач Законами устанавливается ряд специальных норм и процедур. Среди них особо следует выделить порядок решения вопросов о психиатрическом освидетельствовании (в определенной части случаев) и госпитализации в психиатрическую больницу без согласия лица или его законного представителя.

Психиатрическое освидетельствование и госпитализация, обычно осуществляемые с участием психиатрических бригад скорой медицинской помощи, могут быть добровольными, когда больной сам обращается или не возражает против осмотра психиатром, госпитализации, или недобровольными, когда пациент освидетельствуется и стационируется вопреки его желанию. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» предусматривает, что недобровольное освидетельствование осуществляется в случае, если по имеющимся данным обследуемое лицо совершает действия, дающие основания предполагать, а недобровольная госпитализация — в случае, если у него врачом установлено тяжелое психическое расстройство, которое обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи. Ст. 23 п. 4 (а, б, в); ст. 24 пп. 1, 2; ст. 29 (а, б, в).

При одинаковых критериях недобровольного освидетельствования и госпитализации имеются различия в юридической процедуре. Решение о недобровольной госпитализации принимает сам врач, а решение о недобровольном освидетельствовании врач принимает только в тех случаях соответствия состояния критерию «а». Если же речь идет о критериях «б» и «в», на недобровольное освидетельствование необходимо получить санкцию судьи.

Необходимо также указать на правовые аспекты, связанные с особенностями работы бригады скорой и неотложной психиатрической помощи. Эта работа строится на обслуживании неотложных случаев; бригада вызывается и к ранее не освидетельствованным психиатром, и к не состоящим под диспансерным наблюдением лицам.

1. Вызов психиатрической бригады должен быть принят, если пациент находится в неблагоприятных бытовых условиях и «тяжелое психическое расстройство» у него соответствует любому из трех критериев. Когда условия неблагоприятны (отсутствие наблюдения, ухода за больным, пребывание его вне семьи, на улице и т. д.), беспомощный пациент (критерий «б») и пациент с плохим клиническим прогнозом в случае оставления его без психиатической помощи (критерий «в») становится опасным для себя. В этих случаях критерии «б» и «в» в ст. 23 совпадают с критерием «а» и пациент должен быть недобровольно освидетельствован психиатром скорой помощи.

Отказ от оказания неотложной помощи таким пациентам становится равносилен отказу от выполнения врачебного долга.

Недопустимо перекладывание психоневрологическим диспансером всей работы по недобровольному освидетельствованию на бригаду скорой психиатрической помощи. Диспансер должен ее осуществлять в соответствии со ст. 23, 24 и 25 Закона, получая предварительно санкцию судьи. Однако при острых проявлениях психического расстройства, потребовавшего обращения за скорой психиатрической помощью, когда пациент не может быть оставлен без помощи при условии соответствия психического состояния критериям недобровольной госпитализации, дежурный врач скорой психиатрической помощи, принимая вызов, может быть дезориентирован тем, что обращающиеся ошибочно оценили и представили действия лица как болезненные или предвзято изложили факты. В подобных случаях, если данное лицо отказывается от психиатрической помощи, психиатр, прибыв по месту вызова и оценив ситуацию, самостоятельно решает вопрос о проведении психиатрического освидетельствования и может отказаться от его проведения или, проведя беседу с данным лицом, может установить только, что оно не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке, поскольку такая помощь, при негативном к ней отношении, может быть оказана только с помощью недобровольного помещения в больницу, а признаков соответствия состояния лица критериям недобровольной госпитализации (ст. 29, критерии, а, б, в) нет. Врач-психиатр при этом не решает вопрос, страдает ли данное лицо психическим заболеванием и в каком виде психиатрической помощи оно нуждается. Он лишь устанавливает, что данное лицо не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке. Именно об этом он делает запись в медицинской документации, обосновывая ее полученными на месте данными. В этом случае недобровольное освидетельствование

считается не проведенным, а врач не нарушает ст. 23 Закона о психиатрической помощи. Пациенту, заявителю, сделавшему вызов психиатра, и другим присутствующим лицам следует объяснить, что уточненные в беседе обстоятельства необходимы для принятия решения о необходимости освидетельствования.

Необходимо обращать также внимание на некоторые правовые положения, не вытекающие только из специфики оказания скорой психиатрической помощи, но имеющие большое значение при ее оказании.

1. Закон не выделяет ни одного из трех (а, б, в) критериев недобровольной госпитализации в качестве главного. Во избежание невыполнения врачебного долга недопустима абсолютизация критерия опасности пациента для себя и окружающих (а) как наиболее доказательного, и игнорирование двух других критериев. Важно, чтобы решение врача было всегда достаточно мотивировано описанием психиатрического состояния пациента.

2. В случае, когда пациент по своему психическому состоянию не может выразить свое отношение к госпитализации (обратиться с просьбой или дать согласие), когда он например находится в состоянии измененного сознания (делирий, онейроид, сумеречное состояние), или когда имеет место острый психоз с выраженной растерянностью, крайней загруженностью психическими переживаниями, или выраженное слабоумие, при котором личностное отношение к факту госпитализации установить невозможно (но легко склонить такого пациента к подписи под документом о согласии на госпитализацию) — во всех этих случаях помещение в больницу оформляется только как недобровольное.

3. Недобровольная госпитализация начинается с момента реализации принятого врачом-психиатром решения о помещении пациента в больницу независимо от его желания после его освидетельствования по месту вызова, поскольку с этого момента в случае необходимости принимаются меры принуждения.

4. В направлении на госпитализацию психиатр должен дать предметное и доказательное описание психического состояния пациента, из которого достаточно определенно можно заключить, что оно соответствует одному из трех критериев недобровольной госпитализации; должно быть указано, что пациент стационируется (доставляется в приемное отделение психиатрической больницы) недобровольно, а также какому критерию ст. 29 (а, б, в) его состояние соответствует.

5. В соответствии с ч. 3 ст. 30 Закона работники милиции принимают меры для предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого

лица или других лиц, а также при необходимости для розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации. Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. Это вытекает также из более общих положений ст. 2 и 10 Закона РСФСР «О милиции», где указано, что в задачи милиции входит обеспечение личной безопасности граждан, охрана общественной безопасности, а также оказание помощи должностным лицам и учреждениям в осуществлении их законных прав и интересов. Отмечается также, что милиция обязана оказывать помощь гражданам, находящимся в беспомощном либо ином состоянии, опасном для их здоровья и жизни, принимать сообщения о событиях, угрожающих личной и общественной безопасности и своевременно принимать меры. Поэтому помощь медицинским работникам в случае необходимости при неотложной госпитализации — одна из форм выполнения милицией своих обязанностей.

В соответствии со ст. 30 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» неотъемлемым правом пациента является сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и других сведениях, полученных при его обследовании и лечении. Однако, практика реальной медицины показывает, что эти сведения нередко разглашаются не только в прямой, но и в косвенной форме, например путем выдачи информации медицинским бюро справок (по телефону!) о госпитализации больного в психиатрический стационар.

В соответствии со ст. 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» такая информация составляет предмет врачебной тайны; представление этих сведений без согласия гражданина или его законного представителя допускается лишь в определенных, оговоренных законом обстоятельствах, а лица, получившие в установленном порядке эту информацию, несут ответственность за ее разглашение в соответствии с Законодательством РФ.

XX. Опасные действия психически больных

Социальное значение психических заболеваний в отличие от общесоматических не ограничивается тем ущербом, который причиняется обществу их распространенностью, потерей трудо-

способности части населения, затратами на лечение больных и содержание инвалидов. Психически больные способны также причинять определенный и весьма существенный вред своими неправильными, неадекватными реальной обстановке действиями, которые совершаются нередко с большим упорством и активностью. Такие действия, если они опасны для общества, обычно становятся объектом уголовного расследования и судебного разбирательства, но заканчиваются освобождением совершившего от уголовной ответственности.

На разных этапах исторического развития обязанность по защите общества от опасных действий психически больных возлагалась на службы психиатрической помощи. При этом законодательство делало различие между правонарушениями, совершаемыми осознанно, и деяниями психически больных, которые, хотя по своей опасности для общества и могут обладать некоторыми признаками преступления, все же таковыми не являются ввиду отсутствия субъекта преступления.

Необходимо подчеркнуть, что речь идет только о таких предусмотренных уголовным законом деяниях, за которые совершивший не может нести ответственности ввиду болезненного психического расстройства, исключающего в силу своей тяжести способность отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими.

Особенно важно подчеркнуть, что психически больными чаще совершаются агрессивные действия, связанные с посягательством на жизнь граждан. Такого рода сведения заставляют со всей серьезностью относиться к реальному ущербу, причиняемому обществу опасными действиями психически больных, который был бы еще более значительным, если бы не проводилось специальных профилактических мероприятий.

Принятое за последние годы законодательство, направленное на регламентацию деятельности по оказанию психиатрической помощи и защиту прав лиц, страдающих психическими расстройствами, придает определенную гуманистическую направленность всей этой работе и повышает значение ее юридической обоснованности необходимости недобровольной госпитализации и других недобровольных профилактических мероприятий в отношении тех или иных категорий психически больных. В Законе уделено специальное внимание правовым аспектам тех или иных действий психиатрической службы, имеющих отношение к предупреждению общественно опасных действий психически больных.

На каждом этапе развития психиатрии трактовка обществен-

но опасных действий психически больных отражала господствующие в данное время взгляды на сущность душевного заболевания.

При рассмотрении общественно опасных действий и их причин необходимо исходить из анализа клинической картины, социальных факторов и особенностей преморбидных установок.

Понятие социальной опасности складывается из клинических, социально-бытовых, социально-психологических и преморбидных личностных особенностей. Антисоциальные действия «всегда социальны, хотя бы и у душевнобольных».

Нозологический фактор в генезе общественной опасности.

1. Со времени выделения шизофрении в качестве самостоятельной нозологической единицы многочисленные исследователи отмечают как общепризнанный факт наибольший удельный вес этого заболевания среди больных, совершивших общественно опасные действия. Анализ литературы об общественной опасности больных с различными формами течения шизофрении в соответствии с классификацией показывает отсутствие единой точки зрения по этому вопросу.

Взгляды авторов, касающиеся наибольшей опасности больных на тех или иных этапах процесса, также далеки от единства

Врачам догоспитального этапа в решении вопроса о возможности общественно опасных действий больными, страдающими шизофренией, необходимо обращать внимание на продуктивную симптоматику, реально бытовые мотивы и роли экзогенных вредностей (осложнение черепно-мозговой травмой и алкоголизмом), повторные деликты, состояния с преобладанием бредовых и галлюцинаторных расстройств. Наименее криминогенными являются неврозоподобные состояния и ремиссии с изменениями личности.

2. По данным различных авторов, больные с органическим поражением головного мозга (в том числе травматического генеза) занимают второе место после шизофрении по числу совершаемых ими правонарушений. Наряду с большой частотой последние отличаются также тяжестью и разнообразием. Значительное внимание уделяется особенностям клинической картины этих состояний, определяющих характер общественной опасности больных. Среди таких признаков можно отметить полиморфизм клинико-психопатологических расстройств, частоту интеллектуально-мнестических нарушений, нередко достигающих степени слабоумия, эмоциональную неустойчивость, проявляющуюся в виде повышенной возбудимости и взрывчатости, возможность

пароксизмальных эпилептиформных расстройств, общую астению, приводящую к психогенным и соматогенным ухудшениям состояния (декомпенсация) непроцессуального характера.

В большом количестве литературных данных при описании клинических признаков тяжелых травматических поражений головного мозга опасные действия этих больных связываются со слабоумием, тяжелыми дисфориями, эксплазивностью, вязкостью аффекта, помраченным сознанием, хроническим психозом.

На догоспитальном этапе врачам-психиатрам, обследуя больных с травматическим слабоумием, необходимо обращать особое внимание на тяжесть перенесенной черепно-мозговой травмы, злоупотребление алкоголем, хронические соматические заболевания, полиморфизм психопатоподобных состояний, полиморфизм аффективно-волевых, интеллектуальных и характерологических расстройств, низкой социально-трудовой адаптации — имея в виду более высокую вероятность совершения ими общественно опасных действий.

3. Многие положения, высказанные в предыдущем разделе, касаются и больных эпилепсией. Вместе с тем можно отметить, что удельный вес эпилепсии среди больных, совершающих общественно опасные действия, по литературным данным за последние годы уменьшился.

Врачам-психиатрам на догоспитальном этапе следует обращать внимание при анализе состояний больных эпилепсией на повышенную опасность, связанную с сумеречными расстройствами сознания, дисфориями, бредовыми и припадочными состояниями, имея в виду тяжелый характер, бессмысленность и немотивированность возможных правонарушений. При эпилепсии чаще встречаются повторные общественно опасные действия у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

4. За последние десятилетия отмечается возрастание числа психически больных с заболеваниями, свойственными пожилому возрасту. Имеются указания на больший, чем в среднем возрасте, процент невменяемых среди пожилых, а также на тяжесть совершаемых ими деликтов.

Увеличилось число исследований, специально посвященных психически больным пожилого возраста (при любой нозологической принадлежности) и психическим заболеваниям, свойственным этому периоду жизни: сосудистые заболевания головного мозга, инволюционные депрессии и параноиды (функциональные психозы в терминологии зарубежных авторов), старческие деменции, а также другие психические заболевания с поздним

дебютом. Наибольший удельный вес из них имеют психические расстройства, обусловленные сосудистыми поражениями, среди лиц, совершивших деликты в возрасте старше 60 лет. Отмечается их транзиторность, мерцающий характер расстройства сознания, связь с внешними патогенными факторами (психогении и соматогении), преобладание агрессивных действий, направленных против личности, возможность их рецидивов.

Бредовые общественно опасные действия, совершаемые больными с церебральным атеросклерозом, их характер, как и при других параноидных синдромах, прежде всего определяется содержанием бреда. Наиболее криминогенным является бред ревности. Рассматривая опасные действия по бредовым мотивам, выделяют три основных синдрома: паранояльный, депрессивно-паранояльный, параноидный. Отмечается возрастание общественной опасности под воздействием таких усиливающих интенсивность бредовых переживаний факторов, как психические травмы, алкогольная интоксикация. При психопатоподобном оформлении деменции на основе микросоциальных факторов превалируют хулиганские действия и правонарушения против жизни и здоровья граждан.

Другие психические заболевания, относящиеся к психозам позднего возраста, встречаются, по данным разных авторов, несравненно реже.

В качестве наиболее криминогенных выделяют следующие синдромы: депрессивный с тревогой и ажиатацией, аффективно-бредовой, параноидный.

У женщин с патологической ревностью при инволюционном психозе критериями социальной опасности являются наличие аффективной лабильности, «скрытое» постепенное развитие бреда, «внешнеобвиняющий характер депрессии».

К особенностям, характеризующим данную группу, независимо от нозологической принадлежности, следует отнести значительный удельный вес дементирующих форм психических расстройств, возрастающий по мере старения; преимущественно бредовой характер психических переживаний с идеями обыденного содержания, отличающимися конкретностью и направленностью на определенных лиц; преобладание среди эмоциональных нарушений аффекта тревоги и страха (особенно у женщин); связь психотических переживаний с реальной ситуацией, психогенные колебания состояния с возникновением обострений и декомпенсаций. Указанные особенности в значительной мере определяют характер общественной опасности, трудности психиатрической оценки и тактического решения в условиях догоспитального этапа. С целью профилактики

возможных общественно опасных действий у больных пожилого возраста — врачом СПП должен быть передан активный вызов врача в ПНД, если пациент не госпитализирован.

5. С самого начала научной судебной психиатрии олигофрению (умственную отсталость) включили в число основных психических заболеваний, приводящих к общественно опасным действиям.

С клинических позиций трактуются вопросы социальной адаптации, дезадаптации и общественной опасности больных олигофренией. Для больных олигофренией наиболее характерны имущественные правонарушения (кражи), сексуальные правонарушения, хулиганские действия, совершаемые в состоянии алкогольного опьянения.

Факторы, способствующие совершению общественно опасных действий и повышающие социальную опасность больных олигофренией, могут быть разделены на клинико-психопатологические (эмоциональная неустойчивость, гиперактивность, расторможенность влечений, повышенная внушаемость) и социально-дезадаптирующие, имеющие особое значение при олигофрении.

6. На всем протяжении развития судебной психиатрии самое пристальное внимание уделяется проблемам алкоголизма. Практически все отечественные и зарубежные исследователи к универсальным факторам, способствующим совершению общественно опасных действий, при любом психическом заболевании относят алкоголизацию.

Криминогенная роль алкоголизации может носить двоякий характер: с одной стороны, систематическая алкогольная интоксикация видоизменяет клиническую картину любого психического заболевания, что нередко ведет к затруднению его своевременного выявления и правильной диагностики, способствует социальной дезадаптации и формирует деградацию личности, повышая общественную опасность и приводя к систематическому совершению общественно опасных действий, с другой — даже однократный прием алкоголя ведет к аффективной расторможенности, снятию задерживающих механизмов и облегчению реализации общественно опасных действий, а также может спровоцировать кратковременные психотические эпизоды при наличии патологической почвы. У больных шизофренией, осложненной алкоголизмом, в большинстве случаев во время совершения общественно опасных действий имело место состояние опьянения.

Наряду с больными другими психозами, осложненными алкоголизмом, значительный удельный вес среди совершающих

правонарушения занимают лица с собственно алкогольными заболеваниями, большую часть из которых составляют пациенты с разными стадиями хронического алкоголизма. Далее с убывающей частотой следуют алкогольные психозы и алкогольное слабоумие, наконец, исключительные состояния (патологическое опьянение). Поскольку больные хроническим алкоголизмом, как правило, признаются вменяемыми, а патологическое опьянение встречается исключительно редко, остановимся в основном на психиатрическом значении алкогольных (металкогольных) психозов.

Все алкогольные психозы делятся на острые, подострые и хронические. Общественно опасные действия больных с алкогольными психозами, как правило, совершаются по психотическим мотивам и направлены на лиц ближайшего окружения.

Хотя большая часть алкогольных психозов приходится на делирии, общественно опасные действия чаще всего совершаются при алкогольных параноидах. Больные этой категории совершают убийства, попытки убийства, хулиганские действия.

Больные с алкогольными параноидами по частоте и тяжести деликтов занимают ведущее место. Особое внимание в судебно-психиатрической литературе уделяется алкогольному бреду ревности.

При рассмотрении проблемы расстроенного сознания по литературным данным — обращается внимание на связь этих состояний с алкоголизацией. На основании обследования лиц, совершивших общественно опасные действия в сумеречном помрачнении сознания, авторы указывают на ряд общих для этого конингента признаков (патологическая почва, пароксизмальные состояния в анамнезе, предрасполагающие факторы — переутомление, психогении). Они отмечают, что алкогольная интоксикация при воздействии на патологическую почву может спровоцировать целую гамму расстройств сознания: патологическое опьянение, просоночное состояние, сумеречное помрачение сознания, делирий, эпилептиформные пароксизмы, состояние оглушенности, психогенные расстройства сознания, онейроид. Этими больными совершаются в основном тяжкие агрессивные деликты (убийства), а также автотранспортные общественно опасные действия.

7. Как и алкоголизм, психопатии относятся к патологическим состояниям, при которых общественно опасные действия совершаются исключительно часто. Это дало основание многим исследователям выделить ассоциальную форму психопатии с особой склонностью к совершению преступлений, говорить о так

называемой социопатии. Определение и значение для судебной психиатрии временных динамических сдвигов у психопатических личностей было показано многими авторами. Невменяемость при психопатиях обусловлена временным болезненным состоянием в период правонарушения либо стойкими особенностями психопатической личности. По характеру общественно опасных действий психопатические личности в равных количествах совершают имущественные деликты и хулиганские действия, убийства и попытки убийства, сексуальные правонарушения.

8. Определенное самостоятельное значение в генезе общественно опасного поведения психически больных, по мнению большинства исследователей, имеют психогении.

Удельный вес психогенных моментов в числе факторов, определяющих общественную опасность больного, может быть различным. В некоторых случаях и общественно опасное деяние, и психическое расстройство целиком определяются психогенией. Описаны реактивные психозы, при которых совершаются общественно опасные действия. Указывается на криминогенное значение в основном трех форм: реактивных параноидов, депрессий и психогенных расстройств сознания.

Отмечая относительную редкость собственно психогенных состояний, ряд исследователей подчеркивает значительную частоту реактивных наслоений при эндогенных и экзогенных-органических заболеваниях.

Изучение большого количества психически больных, проявивших склонность к совершению общественно опасных действий, дает основание при их выявлении руководствоваться определенными клинико-психопатологическими и социально-психологическими признаками.

Из клинико-психопатологических признаков на повышенную опасность указывают следующие состояния: 1) галлюцинаторно-бредовые при определенном содержании переживаний (идеи ревности, отравления, порчи, воздействия, особенно сексуального), при направленности бреда на конкретных лиц или учреждения и организации, сочетании продуктивной симптоматики со значительной аффективной напряженностью; 2) депрессивные состояния с выраженными идеями самообвинения или некоторыми другими вариантами депрессивного бреда; 3) затяжные гипоманиакальные состояния с псевдопредприимчивостью и авантюристическими наклонностями; 4) частые острые психотические и пароксизмальные состояния при значительной дезорганизации поведения и склонности к агрессии; 5) психо-

патоподобные и гебоидные расстройства с расторможенностью влечений, дефицитом высших эмоций, повышенной поведенческой активностью.

К социально-психологическим характеристикам, указывающим на потенциальную опасность больных, следует отнести следующие признаки, свидетельствующие о вызванном психическим заболеванием нарушении их социальной адаптации: 1) жилищно-бытовая неустроенность; 2) неразрешенность проблемы трудоустройства или пенсионного обеспечения; 3) отсутствие семьи или семейное неблагополучие; 4) асоциальное окружение; 5) злоупотребление алкоголем или наркотиками. Взаимоотношения и сочетания этих факторов могут быть весьма разнообразны, они не только могут являться следствием болезни и ее конкретных проявлений, но и сами оказывают влияние, иногда довольно существенное, на клиническую картину.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Скорая психиатрическая помощь населению имеет большое медико-социально-правовое значение. В общей системе психоневрологической помощи экстренная помощь при острых и рецидивах хронических психических заболеваний позволяет предупредить опасные действия, связанные с болезнью, начать лечение на догоспитальном этапе и в ряде случаев не помещать больного в стационар, а передать под наблюдение амбулаторного специализированного учреждения.

Широкое применение психофармакологических препаратов в лечебной деятельности врачей скорой психиатрической помощи резко снизило травматизм больных и медицинского персонала. Однако это не должно притуплять бдительность и снижать специальную подготовку по развитию навыков удержания и ограничения агрессивных больных. Медицинский персонал скорой психиатрической помощи работает в условиях повышенного риска, самоотверженно защищая больного от самоповреждения при суицидных намерениях и окружающих его людей от опасных действий, связанных с психической болезнью. Медицинские работники скорой психиатрической помощи имеют дело с сочетанием психических и соматических заболеваний, травматизмом, отравлениями, что требует широкой клинической подготовки для своевременного и квалифицированного оказания всесторонней лечебной помощи пациенту.

Именно эти особые условия работы определяют важность повседневного повышения квалификации, необходимость широкой функциональной связи с амбулаторными и стационарными лечебно-профилактическими учреждениями, четкой организацией всех подразделений экстренной специализированной психиатрической помощи населению, высокой дисциплины всего медицинского персонала.

В книге изложены принципы вызова скорой психиатрической помощи, обслуживания психически больных на дому и лечебных учреждениях непсихиатрического профиля, госпитализа-

ции. Они могут изменяться территориальными органами управления здравоохранением с учетом местных условий.

При оказании скорой психиатрической помощи иностранным гражданам и лицам без гражданства, врачи-психиатры скорой медицинской помощи пользуются законодательством Российской Федерации о психиатрической помощи.

Иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории Российской Федерации, при оказании им психиатрической помощи пользуются всеми правами, установленными настоящим Законом, наравне с гражданами Российской Федерации (ст. 3, п. 2).

Если международным договором, в котором участвует Российская Федерация, установлены иные правила, то применяются правила международного договора (ст. 2, п. 4).

При оказании скорой психиатрической помощи несовершеннолетним в возрасте до 15 лет, а также лицам, признанным в установленном законом порядке недееспособными, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей: родителей, усыновителей, опекунов (ст. 7, п. 2).

Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров (ст. 20, п. 2).

При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом (ст. 21, п. 2).

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть два очень важных раздела работы дежурного выездного врача-психиатра скорой помощи. Это основания для доставки больного в приемное отделение психиатрического стационара в недобровольном порядке и меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи.

Пациент, страдающий психическим расстройством, может быть доставлен в приемное отделение психиатрического стационара без его согласия и без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя и окружающих лиц, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи (ст. 29, пп. а, б, в).

Психиатрическая помощь осуществляется медицинским персоналом специализированной службы скорой медицинской помощи в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализируемого пациента и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.

Меры физического стеснения при недобровольной госпитализации применяются только в тех случаях, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализируемого пациента, представляющие непосредственную опасность для него и других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной доставки в приемное отделение ПНБ и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра.

В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом Российской Федерации «О милиции» (ст. 30, пп. 1, 2, 3).

Главные специалисты, работники организационно-методических кабинетов по психиатрии и руководители учреждений здравоохранения должны уделять постоянное внимание совершенствованию скорой психиатрической помощи населению, так как ее качество в значительной мере отражает организацию всей системы психиатрической помощи и определяет отношение к ней населения.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ
Дефиниции (определения) признаков, выявляемых при обследовании психических состояний

АБСТРАКЦИЯ — способность отделять свойства от объекта и мыслить символами; абстракция нарушается при различных дисфункциях головного мозга, шизофрении.

АБУЛИЯ — отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность, бездеятельность.

АВТОМАТИЗМ — состояние, при котором человек совершает действия, не осознавая, что именно он делает.

АГРЕССИВНОСТЬ — чувство враждебности или злобность, мысли или действия по отношению к какому-либо объекту или человеку; наблюдается при маниакальном синдроме, расстройствах контроля над побуждениями.

АДЕКВАТНАЯ САМООЦЕНКА — осознание объективной реальности произошедшего и собственного психического нездоровья.

АГНОЗИЯ — неспособность к распознаванию или истолкованию видимого, слышимого или ощущаемого.

АГОРАФОБИЯ — боязнь открытых пространств.

АДАПТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ — поведение, способствующее приспособлению к окружающей обстановке.

АЖИТАЦИЯ — напряженное состояние, при котором тревога проявляется в психомоторной сфере в виде гиперактивности, волнения, смятения; наблюдается при депрессии, шизофрении, маниакальном синдроме.

АКАТИЗИЯ — неусидчивость с внутренним беспокойством (побочное действие лекарственных препаратов).

АЛЕКСИТИМИЯ — отсутствие способности выражать чувства.

АЛЕКСИЯ — приобретенная утрата способности читать (при повреждении левого полушария головного мозга).

АЛЬЦГЕЙМЕРА БОЛЕЗНЬ — снижение интеллекта и обеднение чувственной жизни, начинающееся в возрасте до 60 лет.

АЛКОГОЛИЗМ — патологическая потребность в алкоголе с его систематическим неумеренным употреблением.

АЛКОГОЛИК — лицо, у которого употребление алкоголя вызывает физические, психические или социальные проблемы.

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ — одновременное существование двух антагонистических поступков или чувств, например любовь и ненависть к одному и тому же человеку; один из симптомов шизофрении по Блейлеру.

АМНЕЗИЯ — нарушение памяти, проявляющееся в полной или

частичной неспособности вспомнить прошедшие события; наблюдается при различных дисфункциях головного мозга, диссоциативных расстройствах.

АМНЕЗИЯ АНТЕРОГРАДНАЯ — утрата памяти на события, следующие непосредственно за началом болезни; возникает после травмы, употребления психоактивного вещества, преходящего нарушения мозгового кровообращения.

АМНЕЗИЯ ЛОКАЛЬНАЯ, ЛАКУНАРНАЯ, ЧАСТИЧНАЯ — утрата памяти на отдельные события, неполная утрата памяти; наблюдается при повреждениях головного мозга, в состояниях тревоги, при диссоциативных состояниях.

АМНЕЗИЯ РЕТРОГРАДНАЯ — утрата памяти на прошлые, отдаленные события, потеря долговременной памяти.

АНГЕДОНИЯ — неспособность испытывать удовольствие от определенных действий, обычно доставляющих удовольствие; характерный симптом депрессии.

АНОЗОГНОЗИЯ — неспособность распознавать часть собственного тела, часто руки или ноги.

АНОРЕКСИЯ — отсутствие аппетита.

АНОРЕКСИЯ НЕРВНАЯ — психически или физически обусловленное отсутствие аппетита, часто с компульсивным отказом от еды.

АНТИПСИХОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ — лекарственные препараты для лечения психоза.

АНТИСОЦИАЛЬНАЯ ЛИЧНОСТЬ — индивид с отсутствием критического отношения к своему поведению по отношению к обществу, нарушающий социальные нормы.

АПАТИЯ — безразличие к себе, окружающим и событиям, отсутствие желаний, побуждений, бездеятельность; сопутствует депрессии.

АПАЛЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ — возникает после тяжелой черепно-мозговой травмы с распространенными изменениями в коре мозга и глубокой потерей сознания.

АСТЕНИЯ — состояние повышенной утомляемости, слабости, возникающее как при повышенной нагрузке, так и вне связи с ней.

АТАКСИЯ — нарушение мышечной координации при выполнении произвольных движений; наблюдается при церебральных поражениях, поздней дискинезии.

АУТИЗМ — погружение в себя, при котором внутренний мир приобретает более важное значение чем внешний. Форма субъективного мышления с полным игнорированием реальности.

АФАЗИЯ — ухудшение или утрата способности говорить или вос-

принимать речь при сохранности органов речи и слуха; обусловлена дисфункцией мозговых центров.

АФФЕКТ — кратковременное сильное душевное волнение, которое сопровождается не только эмоциональной реакцией, но и возбуждением всей психической деятельности.

АФФЕКТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ — например гнева или радости, не сопровождающийся помрачением сознания, автоматизмами и амнезией.

АФФЕКТ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ — кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражающееся в концентрации сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следует общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; характеризуется частичной или общей амнезией.

АФФЕКТИВНЫЙ ПСИХОЗ — маниакально-депрессивное (биполярное, аффективное) расстройство с нарушением восприятия реальности.

АФФЕКТИВНЫЙ СИНДРОМ — группа симптомов, в которой ведущими являются болезненно пониженное или повышенное настроение. Обозначается также как расстройство настроения.

АФОНИЯ — отсутствие звучности голоса.

БЕДНОСТЬ РЕЧИ — ограниченное использование речи; наблюдается при аутизме, кататонической шизофрении, выраженном депрессивном расстройстве.

БРЕД — ложное, противоречащее действительности, не разделяемое другими, но устойчивое убеждение; частый симптом шизофрении. Первичный бред не имеет отношения к действительности. Вторичный возникает, например, при галлюцинозе, и переубеждение больного может оказаться возможным на основании реальных обстоятельств.

БРЕД ВЕЛИЧИЯ — грандиозное преувеличение собственной значимости, т. е. мегаломания; подобные идеи относятся к экспансивному бреду; наблюдаются при шизофрении, маниакальном синдроме, третичном сифилисе; разновидность этого бреда — любовный бред (эротический бред), при котором больному (обычно это женщина) кажется, что кто-то из высшего света влюблен в него.

БРЕД ИНДУЦИРОВАННЫЙ — бредовые идеи, передаваемые одним человеком (индуктором) другому путем внушения (синоним — бред вдвоем).

БРЕД ПРЕСЛЕДОВАНИЯ (ПАРАНОИДНЫЙ БРЕД) — бред с чрезмерной и необоснованной подозрительностью и недоверием к другим; наблюдается при параноидной шизофрении.

БРЕД РЕВНОСТИ — ложная убежденность в неверности мужа или жены; наблюдается, например, при любовной паранойе.

БРЕД СОМАТИЧЕСКИЙ — ложная убежденность пациента в наличии у него заболеваний или повреждений органов или частей тела.

БРЕД ВКЛАДЫВАНИЯ МЫСЛЕЙ — вкладывание мыслей в сознание внешними силами (мысли, воспринимаемые как чужие); наблюдается при шизофрении.

БРЕД ОВЛАДЕНИЯ — ложное ощущение больного, заключающееся в том, что другие крадут его собственные мысли.

БУЛИМИЯ — приступы обжорства с последующей рвотой, вызываемой самим пациентом.

ВЕРБИГЕРАЦИЯ — ритмичное, монотонное повторение бессмысленных слов и выражений.

ВЫЧУРНАЯ РЕЧЬ — формальная, нарочитая манера разговаривать.

ВНИМАНИЕ — направленность сознания по отношению к определенному объекту, действию.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ — чувственное восприятие без реального объекта; наблюдается при шизофрении, интоксикационных психозах.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ГИПНАГОГИЧЕСКИЕ — обман чувств, возникающий в полусонном состоянии, непосредственно перед засыпанием.

ГАЛЛЮЦИНОЗ — наличие галлюцинаций.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ВКУСОВЫЕ — связаны со вкусом.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ЗРИТЕЛЬНЫЕ — связаны со зрением.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ЛИЛИПУТНЫЕ — тот или иной предмет кажется меньше, чем он есть на самом деле; синоним — микроскопические галлюцинации; наблюдаются при интоксикационных психозах.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ОСЯЗАТЕЛЬНЫЕ — связаны с ощущением прикосновения; наблюдаются при алкогольном делирии, кокаиномании.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ СЛУХОВЫЕ — связаны со слухом; чаще всего наблюдаются при шизофрении.

ГИПЕРЕСТЕЗИЯ — повышенная восприимчивость к обычным внешним раздражителям, нейтральным для человека в нормальном состоянии.

ГИПЕРМНЕЗИЯ — обостренная память; способность воспринимать информацию, которую, как правило, трудно запомнить.

ГИПЕРМЕТАМОРФОЗ — непроизвольная непрерывная отвлекаемость на не замечаемые в обычном состоянии предметы и явления.

ГИПЕСТЕЗИЯ — понижение восприимчивости к внешним раздражителям.

ГЕНТИНГТОНА ХОРЕЯ — наследственное заболевание, проявляющееся в виде подергиваний, деменции и, иногда, психотических симптомов.

ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ СИНДРОМ — учащение дыхания с сердцебиением, холодным потом, паническим страхом и обморочным состоянием.

ГИПОМАНИЯ — более мягкая, чем мания, степень болезненного повышенного настроения.

ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ — половое влечение к лицам своего пола.

ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЭФФЕКТ (ГОСПИТАЛИЗМ) — страх или неспособность принять на себя ответственность за свою дальнейшую жизнь вследствие долгого пребывания в больнице.

ГРАНДИОЗНОСТЬ — преувеличенное чувство собственной значимости, величия.

ГРАФОФОБИЯ — болезненная боязнь писать, в особенности в присутствии других.

ДЕЗОРИЕНТИРОВКА — утрата понимания своего места в пространстве, времени или среди других людей; состояние спутанности сознания.

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ — ощущение утраты себя как целого и необычности, странности или нереальности происходящего; составная часть диссоциативных расстройств.

ДЕПРЕССИЯ — подавленное настроение, чувство печали, пессимизма и одиночества; составная часть большого депрессивного расстройства и других расстройств настроения.

ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ — ощущение изменившейся реальности; окружающая среда кажется странной или нереальной; обычный симптом тревожных и диссоциативных расстройств.

ДЕЖА ВЮ — парамнезия, ложная память — ощущение, что видимое в настоящий момент уже было когда-то увидено.

ДЕЖА ЭНТЕДУ — ощущение, что слышимое в настоящий момент уже было когда-то услышано.

ДЕЛИРИЙ — состояние со спутанным сознанием, беспокойством и галлюцинациями, вегетативными и двигательными симптомами.

ДЕЛИРИЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ — состояние со спутанным сознанием вследствие злоупотребления алкоголем.

ДЕМЕНЦИЯ — снижение интеллекта и обеднение эмоциональной жизни вследствие притупления психических функций на почве органического процесса.

ДИЗАРТРИЯ — нарушение речи вследствие поражения головного мозга.

ДИСКИНЕЗИЯ — любое расстройство моторной деятельности.

ДИСФОРИЯ — угрюмое, ворчливо-раздражительное, злобное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, ожесточенностью и взрывчатостью.

ДИАГНОЗ — уточненное заключение о наличии специфических соматических или психических отклонений или заболеваний, выраженное в терминах, обозначающих название этого состояния.

ДИАГНОСТИКА — распознавание заболеваний, постановка диагноза.

ДИСКОРДАНТНОСТЬ — несоответствие в отношении анализируемого признака.

ДИСМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ — нарушение функций памяти.

ДИСМОРФОФОБИЯ — преувеличенная фиксация на собственной внешности с искажением ее восприятия.

ДИССОЦИАТИВНЫЙ — расщепленный, разделенный на части.

ДИСТОНИЯ — нарушение баланса в напряжении между различными мышцами, болезненное напряжение мышц лица или мышц, окружающих рот. Может возникать как побочное действие нейролептиков.

ДИСФАЗИЯ — снижение способности понимать речь или выражать свои мысли.

ЖАМЕ ВЮ — неспособность узнать ранее виденное.

ЗАДЕРЖКА УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ — умственная отсталость, задержка психического развития, олигофрения.

ЗАТУМАНЕННОСТЬ СОЗНАНИЯ — сниженная ориентировка в пространстве и времени.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ — быстро развивающееся раннее и тяжелое побочное действие нейролептиков, характеризуемое мышечным напряжением, учащенным пульсом, потливостью, высокой температурой и спутанностью сознания.

ИДЕИ ВЕЛИЧИЯ — ощущение необыкновенной самозначимости, абсурдное преувеличение; наблюдается при маниакальном синдроме, шизофрении.

ИДЕИ НЕРЕАЛЬНОСТИ — мысли о том, что происходящие события искусственны, иллюзорны, непредсказуемы либо не существуют; наблюдаются при шизофрении, тревожных, диссоциативных расстройствах.

ИДЕИ ОТНОШЕНИЯ — ошибочное убеждение индивида в том, что он является предметом интереса или внимания, вариант бредовых идей, переживания особой, часто личной, значимости обыденных явлений, например, если пациент воспринимает содержание газет или радиопередач как предназначенное специально для него.

ИЛЛЮЗИЯ — ошибочное восприятие реальных чувственных раздражителей.

ИНКОГЕРЕНТНОСТЬ — бессвязность. Распад речи и нарушение связи слов, вследствие которых речь утрачивает смысл.

ИНСАЙТ — понимание сути, в особенности, адекватная самооценка.

ИНТЕЛЛЕКТ — способность к мышлению, ум.

ИНЦЕСТ — кровосмешение — половая близость между близкими родственниками.

ИНТОКСИКАЦИЯ — состояние вызванное присутствием в организме химического вещества, вызывающего дезадаптивное поведение из-за воздействия на ЦНС.

ИПОХОНДРИЯ — убежденность в наличии у себя тяжелого заболевания или страха такового, «мнимая болезнь», фиксация на воображаемой болезни.

ИНТРОВЕРТНОСТЬ — направленность внутрь, в себя (в противоположность экстравертности).

ИСТЕРИЯ — невроз или черта характера, заключающаяся в чрезмерных реакциях.

КАПГРА СИНДРОМ — мнимое опознавание пациентом кого-либо из окружающих его лиц как двойника.

КАТАЛЕПСИЯ — состояние мышечного напряжения, при котором конечности «застывают» в приданном им положении. Синоним «восковая гибкость»; наблюдается при кататонической шизофрении.

КАТАПЛЕКСИЯ — временный паралич или неподвижность и коллапс, вызванные сильными эмоциями; составная часть нарколепсии.

КАТАСТРОФАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ — нерациональная, не направленная на решение проблемы реакция на событие, например, состояние парадоксальной бездеятельности, «паралич».

КАТАТОНИЯ — тип шизофрении, характеризующийся мышечной ригидностью, негативизмом, возбуждением и ступором.

КАТАТОНИЧЕСКАЯ РЕГИДНОСТЬ — неподвижная поза и стереотипное поведение.

КАТАТОНИЧЕСКОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ — ажиатация, импульсивность и агрессивное поведение.

КЛАУСТРОФОБИЯ — страх закрытых пространств, боязнь находиться в закрытом помещении.

КЛЕПТОМАНИЯ — навязчивая склонность к воровству. Само действие может вызывать чувство удовольствия и снимать чувство тревоги.

КОМА — глубокое угнетение функций ЦНС, при котором сознание полностью отключается, всякая произвольная деятельность прекращается; имеет органическую основу.

КОГНИТИВНЫЙ — имеющий отношение к познанию.

КОМПЕТЕНТНОСТЬ — способность.

КОМПУЛЬСИВНЫЙ — навязчивый, вынужденный.

КОМПУЛЬСИИ — навязчивые, вынужденные действия, бессмысленно повторяющиеся, нередко против воли пациента, например, навязчивое мытье рук или навязчивые проверки уже сделанного.

КОНФОБУЛЯЦИЯ — заполнение пробелов в памяти с помощью вымышленного материала (событий), принимающие форму воспоминаний, например, при корсаковском синдроме.

КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ — нарушение ориентировки и провалы в памяти, компенсируемые конфабуляциями.

КОНФЛИКТ — психическая борьба, возникающая из-за одновременного влияния двух противоположных побуждений, влечений, внешних (связанных со средой проживания) или внутренних требований; конфликт называют интрапсихическим, если он происходит в результате борьбы сил внутри личности, экстрапсихическим, когда конфликт происходит между личностью и средой ее проживания.

КОПРОЛАЛИЯ — импульсивное произнесение неприличных слов; наблюдается при синдроме де ла Туретта.

КРИПТОМНЕЗИЯ — искажение памяти, выражающееся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными.

ЛАБИЛЬНОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ — эмоциональная неуравновешенность.

ЛАТЕНТНЫЙ — скрытый, незаметный, находящийся в покое, например, о предрасположенности к заболеванию.

ЛАТЕНТНЫЙ ПЕРИОД — период времени, проходящий до возник-

новения видимых проявлений или время между стимулом и вызываемой им ответной реакции.

ЛИБИДО — половое влечение, вожделение, стремление к наслаждениям.

ЛИЧНОСТЬ — обычно термин обозначает индивида в целом, со всеми его навыками, темпераментом, чертами характера, чувствами и побуждениями.

ЛИЧНОСТИ РАССТРОЙСТВО — личность с отклонениями от нормы.

ЛОГОРЕЯ — неконтролируемый, непрерывный поток речи; наблюдается при маниакальном синдроме, при шизофрении.

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО — чередование периодов повышенной активности и пониженного настроения.

МАЗОХИЗМ — чувство наслаждения, возникающее от физического или психического истязания (часто в сексуальном контексте).

МАНИФЕСТАЦИЯ — принятие отчетливо видимых форм заболевания.

МАКРОПСИЯ — кажущееся увеличение предметов на расстоянии; наблюдается при наркотическом опьянении.

МАНЕРНОСТЬ — жесты или другая форма выражения, странные для данного человека; наблюдается при шизофрении.

МАНИЯ — повышенное радостное настроение с усилением влечений и неутомимой деятельностью, ускорением мышления и речи, чувством оптимизма, выносливости, силы, когда все воспринимается в розовом свете.

МЕЛАНХОЛИЯ — депрессия с заторможенностью и гипоталамическими нарушениями.

МЕНТИЗМ — непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, «вихрь идей» (синоним — наплыв мыслей).

МЕТАМОРФОПСИЯ — искажение величины или формы воспринимаемых предметов и пространства.

МУТИЗМ — неспособность разговаривать; характерный симптом кататонической шизофрении, диссоциативных состояний.

МКБ-10 — международная классификация болезней Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 10-й пересмотр.

МНОГООСЕВАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА — система проведения диагностики в нескольких независимых друг от друга аспектах, по так называемым осям.

МЫШЛЕНИЯ БЛОК — остановка в ходе мысли.

МЫШЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ — нарушение в ходе мыслительного процесса.

МЮНХАУЗЕНА СИНДРОМ — психическая аномалия, проявляющаяся в посещении пациентом многих врачей, которым он рассказывает о своих мнимых болезнях, симптомах.

НАВЯЗЧИВОСТИ, НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ (ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЙ НЕВРОЗ) — навязчивые мысли, идеи или импульсы желаний, действия, навязывающиеся больному независимо от его воли.

НАПЛЫВ МЫСЛЕЙ — легкий переход с одной темы обсуждения на другую; темы иногда могут вести за собой; синоним — ментизм; составная часть маниакального эпизода.

НАСТРОЕНИЕ — эмоциональное состояние; внутренние переживания личности. Адекватность настроению: в гармонии с настроением; идеи согласуются с настроением; характерны для биполярного расстройства. Неадекватность настроению: не соответствующий настроению; идеи, не гармонирующие с настроением; характерна для шизофрении.

НЕГАТИВИЗМ — противодействие (скрытое или явное) предложениям или советам; может наблюдаться при шизофрении.

НЕОЛОГИЗМЫ — образование новых слов, которые обычно представляют собой слияние двух слов или частей слов; встречаются у больных шизофренией.

НЕВРОЗ — психическое нарушение, не сопровождающееся утратой понимания реальности.

НЕВРОЗ ТРЕВОЖНОСТИ — тип невроза, характеризующийся беспокойством и страхом (психическое расстройство, характеризуемое внешне необъяснимой тревогой).

НЕДЕРЖАНИЕ ЧУВСТВ — неспособность контролировать чувства.

НИГИЛИЗМ — ощущение небытия и безнадежности; может предполагать элементы бреда; наблюдается при депрессии.

НЕКОНГРУЕНТНОСТЬ, НЕСОВМЕСТИМОСТЬ — например, отсутствие связи между мыслями и чувствами.

ОБСЕССИЯ — идея, чувство или побуждение, которое периодически и упорно вторгается в сознание, несмотря на свою нежелательность; составная часть обсессивно-компульсивного расстройства; навязчивое состояние, навязчивость.

ОБСТОЯТЕЛЬНОСТЬ МЫШЛЕНИЯ — наличие в мыслях и речи множества несущественных деталей, которые хотя и относятся к предмету обсуждения, но в итоге приводят к задержке ответа; наблюдается при эпилепсии, шизофрении, обсессивно-компульсивном расстройстве.

ОРИЕНТИРОВКА — осознание своего положения во времени,

пространстве или среди окружающих людей; может быть утрачена при дисфункции головного мозга, делириозном синдроме.

ОЛИГОФРЕНИЯ — собирательное название различных форм умственного недоразвития.

ОНЕЙРОИДНОЕ СОСТОЯНИЕ — подобное сну состояние с затуманенным сознанием (от греческого слова онейро, сновидение).

ОРГАНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ — заболевание, при котором выявляются изменения органов и тканей.

ПАМЯТЬ — сложная познавательная деятельность в процессе отражения человеком окружающей действительности в виде представлений и понятий, относящихся к прошлому.

ПАМЯТЬ ДОЛГОВРЕМЕННАЯ (ДЛИТЕЛЬНАЯ) — относится к событиям далекого прошлого; вызывание информации из сферы сознания по истечении длительного времени.

ПАМЯТЬ КРАТКОВРЕМЕННАЯ — непосредственная память; относится к событиям, происшедшим за последние несколько дней.

ПАМЯТЬ НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ — относится к немедленному сохранению информации, т. е. событий, происшедших за последние несколько мгновений; синоним — оперативная память.

ПАНИКА — внезапное неодолимое чувство тревоги, вызывающее ужас и физиологические нарушения.

ПАНИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА — внезапная приступообразная, не поддающаяся контролю тревога.

ПАТОЛОГИЧЕСКИ ПОВЫШЕННАЯ ОТВЛЕКАЕМОСТЬ — состояние, при котором пациент легко переходит с одного предмета на другой в соответствии с внутренними и внешними побуждениями; наблюдается при маниакальном синдроме.

ПАРАНОЙЯ — бредовые идеи преследования.

ПАРАФРЕНИЯ — психоз пожилых, сенильный психоз, проявляется систематизированным интерпретативным бредом ревности, ущерба или преследования (нередко маломасштабного характера — бред малого размаха, формирующимся в тесном взаимодействии и переплетении со слуховыми вербальными (реже — обонятельными) галлюцинациями и сенестопатиями и протекает хронически.

ПАРАНОИДНЫЙ ПСИХОЗ — психическое заболевание, сопровождающееся бредовыми идеями преследования и иного характера.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОПЬЯНЕНИЕ — состояние тяжелого помрачения сознания после приема даже незначительных количеств алкоголя, часто с проявлениями в виде актов насилия.

ПЕРЕДАЧА МЫСЛЕЙ НА РАССТОЯНИИ — бред передачи мыслей на расстоянии; наблюдается при шизофрении.

ПЕРЕРЫВ В МЫСЛЯХ — внезапная остановка в течении мысли или внезапная остановка речи; или обрыв мысли; характерный симптом шизофрении.

ПЕРСЕВЕРАЦИЯ — непроизвольное непрерывное повторение ответа на вопрос или повторение одной и той же фразы, не имеющей отношения к вопросу; наблюдается при шизофрении, персеверативная речь.

ПОЗНАНИЕ — процесс, включающий в себя восприятие, узнавание, осмысление, мотивацию и представление.

ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ — спутанность, затуманенность с нарушенным восприятием реальности.

ПИКА БОЛЕЗНЬ — вариант пресенильной деменции.

ПОГРАНИЧНОЕ СОСТОЯНИЕ — состояние личности, находящейся в отношении структуры психики на границе между болезнью (психозом) и нормой.

ПОЛЕТ МЫСЛЕЙ — патологический, неконтролируемый поток мыслей с перепрыгиванием ассоциаций с предмета на предмет. Наблюдается при мании.

ПСИХОМОТОРНАЯ ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ — замедленная психическая или двигательная активность или их сочетание; наблюдается при депрессии, при кататонической шизофрении. Может возникнуть и противоположное этому состояние, т. е. психомоторное возбуждение.

ПРЕМОРБИДНЫЙ — состояние пациента, предшествующее заболеванию.

ПРОГНОЗ — предсказание вероятного течения болезни.

ПСЕВДОДЕМЕНЦИЯ — мнимое снижение интеллекта, не зависящее от органических причин, часто связанное с заторможенностью при депрессии.

ПСИХИАТРИЯ — это наука о распознавании и лечении психических болезней.

ПСИХИАТР — врач, специалист по психическим заболеваниям.

ПСИХИКА — дух (душа, душевная), духовная жизнь.

ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО — современное название душевных заболеваний и невротических нарушений.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС — состояние души (духа) и поведения на момент осмотра.

ПСИХОЗ — психическое заболевание с нарушением понимания действительности.

ПСИХОПАТ — лицо, страдающее психопатией.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА — психогенные нарушения с проявлениями в виде соматических расстройств (касающиеся связи между психикой и соматикой).

ПСИХОТРОПНЫЙ — свойство лекарственных или иных средств влиять на психику и психические функции.

РАССТРОЙСТВО МЫШЛЕНИЯ — нарушение содержания и последовательности мыслей, проявляющееся в речи и общении, например бредовые состояния, идеи отношения; бедность мышления, наплыв мыслей, персеверация, разорванность мышления; может быть вызвано функциональными психическими расстройствами или соматически обусловлено; характерно для шизофрении.

РАСТЕРЯННОСТЬ (АФФЕКТ НЕДОУМЕНИЯ) — мучительное непонимание больным ситуации своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое; характерно для острого психотического состояния.

РЕАКТИВНЫЙ — возникающий в ответ на внешний стресс.

РЕГРЕССИЯ — возврат на более ранний уровень развития.

САДИЗМ — сексуальное наслаждение, испытываемое от страданий другого лица.

СИНДРОМ — клиническая картина, характеризующаяся группой симптомов.

СЕНЕСТОПАТИИ — разнообразные, крайне неприятные, мучительные, тягостные ощущения без соматических причин, доступных определению современными методами.

СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ — суждения, возникшие в результате реальных обстоятельств, но занявшие в дальнейшем не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании с развитием чрезмерного эмоционального напряжения.

СОЗНАНИЕ — совокупность психических процессов, позволяющих человеку ориентироваться в окружающем мире, времени, собственной личности; нарушается при дисфункции головного мозга, делириозном синдроме и других диссоциативных состояниях.

СПУТАННОСТЬ СОЗНАНИЯ — помрачение сознания с нарушением ориентации.

СТЕРЕОТИПИЯ — постоянное, почти механическое повторение какого-либо действия; характерный симптом шизофрении.

СТРАХ — отрицательная эмоция с чувством внутренней напряженности, опасности для жизни, с ожиданием устрашающих событий, действий и т. п. (следует отличать от тревоги).

СТУПОР — состояние обездвиженности, при котором больной не реагирует на окружающую обстановку — без потери созна-

ния. Различают аффективный, депрессивный и кататонический ступор. Обусловлен неврологическими либо психическими расстройствами.

СУИЦИД — самоубийство.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ — мысли о самоубийстве, попытка самоубийства и совершенное самоубийство.

СУИЦИДА ПОПЫТКА — попытка самоубийства.

СУРДОМУТИЗМ — глухонемота.

ТИК — внезапное непроизвольное стереотипное клоническое подергивание мышц.

ТРЕВОГА — отрицательная эмоция; аффект ожидания неприятных событий, опасности; наблюдается при шизофрении, расстройствах настроения.

ТРАНСВЕНТИЗМ — навязчивое желание носить одежду, характерную для противоположного пола.

ТРАНССЕКСУАЛИЗМ — желание сменить свой пол.

ТРЕМОР — дрожь, вздрагивание.

УЖЕ ВИДЕННОЕ (ДЕЖА ВЮ) — ощущение, что все видимое в данный момент человек уже видел раньше; наблюдается при тревожных расстройствах, утомлении.

УЖЕ СЛЫШАННОЕ (ДЕЖА ЭНТЕДУ) — ощущение, что слышимое в данный момент человек уже слышал раньше; наблюдается при тревожных расстройствах, утомлении.

УНИПОЛЯРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ — аффективное заболевание, проявляющееся либо только как приподнятость (мания), либо спад (депрессия).

ФОБИЯ — навязчивый, нерациональный страх по отношению к какой-либо внешней ситуации или внешнему объекту, связанный с тревогой; составная часть специфических и социальных фобий.

ФУГА — состояние спутанности, наблюдаемое иногда при истерии или после эпилептического припадка.

ХОРЕЯ — группа заболеваний мозга, характеризующаяся непроизвольными подергиваниями.

ЦИКЛИЧЕСКИЙ ПСИХОЗ — периодически проявляющееся психическое заболевание со смешанной картиной аффективного и шизофренного характера.

ЦИКЛОТИМИЯ — легкая форма маниакально-депрессивного заболевания со сменой легкой депрессии и гипомании.

ШИЗОАФФЕКТИВНЫЙ СИНДРОМ — шизофренные и аффективные симптомы, наблюдающиеся одновременно.

ШИЗОИДНАЯ ЛИЧНОСТЬ — расстройство личности с замкнутостью и шизофреноподобными личностными чертами.

ЭЙФОРИЯ — повышенное благодушное настроение с чувством полного благополучия; наблюдается при дисфункциях головного мозга, приеме психоактивных веществ и других состояниях.

ЭКЗОГЕННЫЙ — возникающий вследствие внешних причин.

ЭКСТРАВЕРТНОСТЬ — направленность интересов во внешний мир, открытость.

ЭДИПОВ КОМПЛЕКС — желание сочетаться браком с родителем противоположного пола.

ЭЛЕКТРЫ КОМПЛЕКС — у женщин соответствует эдипову комплексу.

ЭНДОГЕННЫЙ — возникающий вследствие внутренних причин.

ЭНКОПРЕЗ — непроизвольное выделение кала.

ЭНУРЕЗ — непроизвольное мочеиспускание (после четырехлетнего возраста).

ЭТИОЛОГИЯ — учение о причинах болезней.

ЭКЗАЛЬТАЦИЯ — повышенное настроение с чувством триумфа, глубокого самоудовлетворения, оптимизма и с оттенком восторженности.

ЭКСТАЗ — высшая степень экзальтации; транс, вызванный переполняющими человека эмоциями, например религиозный экстаз.

ЭХОЛАЛИЯ — непроизвольное повторение услышанных слов, фраз; наблюдается при кататонической шизофрении.

ЭХОПРАКСИЯ — непроизвольное повторение увиденных жестов и действий; наблюдается при кататонической шизофрении.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ 10-го пересмотра (для врачей-психиатров СМП)

С целью расширения и облегчения международного сотрудничества в деле совершенствования диагностики и статистики психических болезней по рекомедации Всемирной организации здравоохранения наряду с использованием международной классификации болезней 9-го пересмотра (МКБ-9) ныне в России принимается Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), предназначенная для статистического анализа, базирующегося на достаточно универсальной вопроизводимости диагностических оценок разными врачами. Это предопределяет на первом этапе анализа преимущественно оценку отдельных психопатологических феноменов. МКБ-9 и МКБ-10 в значительной мере дисциплинирует клиническое мышление врача, но не заменяет концептуальных подходов в оценке психопатологических проявлений и психических заболеваний в целом.

Ниже приводится рубрикация и номенклатура некоторых психических расстройств и расстройств поведения по данным МКБ-10 класс 5, F00—F99.

Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00—F09)

F 00 Деменция при болезни Альцгеймера

F 01 Сосудистая деменция

F 02 Деменция при болезнях Пика, Гентингтона, Паркинсона, СПИД и др.

F 03 Неуточненные деменции

F 04 Органический амнестический синдром, кроме вызванного алкоголем и наркотиками

F 05 Делирий, кроме вызванного алкоголем и наркотиками

F 06 Другие психические расстройства, вызванные поражением или дисфункцией головного мозга или соматическими заболеваниями

F 07 Расстройства личности и поведения, вызванные заболеванием или дисфункцией мозга

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10—F19)

F 10 Расстройства, вызванные употреблением алкоголя

F 11 Расстройства, вызванные употреблением опиоидов

F 12 Расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов
F 13 Расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств
F 14 Расстройства, вызванные употреблением кокаина
F 18 Расстройства, вызванные летучими растворителями
F 19 Расстройства, вызванные другими психоактивными веществами, или их сочетаниями

Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства (F20—F29)

F 20.0 Параноидная шизофрения
F 20.1 Гебефреническая шизофрения
F 20.2 Кататоническая шизофрения
F 20.4 Постшизофреническая депрессия
F 20.6 Простая шизофрения
F 21 Шизотипическое расстройство
F 22 Хронические бредовые расстройства
F 23 Острые и преходящие психотические расстройства
F 23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство (без симптомов шизофрении)
F 23.1 То же с симптомами шизофрении
F 23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство (связанное или не связанное со стрессом)
F 23.3 Другие острые психотические расстройства с преобладанием бреда
F 24 Индуцированное бредовое расстройство
F 25 Шизоаффективные расстройства

Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30—F39)

F 30 Маниакальный эпизод
F 31 Биполярное аффективное расстройство
F 32 Депрессивный эпизод

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40—F48)

F 40 Фобические тревожные расстройства
F 41 Другие тревожные расстройства (паническое расстройство)
F 43 Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (острые реакции на стресс, короткие и затяжные депрессивные реакции, тревожно-депрессивные реакции и реакции с преобладанием нарушений поведения или эмоциональности)
F 44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства: амнезия, фуга, ступор, судорожные припадки

F 45 Соматоформные расстройства (соматизированные и ипохондрические расстройства, дисфункции сердечно-сосудистой, гастроинтестинальной, респираторной, урогенитальной систем и др.

F 48.0 Неврастения

Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50—F59)

F 50 Расстройства приема пищи (нервная анорексия, булимия, переедание, нервная рвота и др.)

F 51 Расстройства сна неорганической этиологии (бессонница, гиперсомния, нарушения ритма сна, сноговорение, ночные страхи и т. д.)

F 53 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках

Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60—F69)

F 60 Специфические расстройства личности (параноидное, шизоидное, эмоционально-неустойчивое, тревожное и др.)

F 62 Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием головного мозга

F 66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией

Умственная отсталость (F70—F79)

F 70 Легкой степени

F 71 Умеренная

F 72 Тяжелая

F 73 Глубокая

Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90—F98)

F 90 Гиперкинетические расстройства

F 91 Расстройства поведения

F 92 Смешанные расстройства поведения и эмоций

F 93 Эмоциональные расстройства (фобически-тревожное и др.)

F 94.0 Элективный мутизм

F 99 Психическое расстройство без дополнительного уточнения

Международная классификация болезней, 9 пересмотр (МКБ-9)	Междун
299. Психозы детского возраста	F 84 Общи
300. Невротические расстройства	F 40 Невро ные ра
301. Психопатии	F 60 Расстр
302. Половые извращения и нарушения	F 65 Расстр
303. Хронический алкоголизм	F 10.2 Пси тате уп
304. Наркомании, токсикомании	F 11 – F 1 вследст др. пси
307.1 Нервная (психическая) анорексия	F 50.0 Нер F 50.1 Ати
308. Острые реакции на стресс	F 43.0 Остр
309. Ситуационные реакции	F 43.2 Расс
310. Непсихотические расстройства при органическом заболевании головного мозга	F 07.0 Орга
317. Легкая умственная отсталость	F 70 Легка
318. Умственная отсталость (318.0) умеренная умственная отсталость (318.1) выраженная умственная отсталость (318.2) глубокая умственная отсталость	F 70 Умств F 71 Умере F 72 Тяжел F 73 Глубо
321. Здоровье	

Приложение 4

Перечень оснащения специализированной психиатрической бригады скорой медицинской помощи

А. Дыхательная и наркозная аппаратура:

1.	Аппарат наркозный	1 штука
2.	Кислородный ингалятор	1 штука
3.	Аппарат дыхательный, ручной (Амбу)	1 штука
4.	Отсасыватель ножной	1 штука

Б. Инструменты:

1.	Набор для интубации трахеи:	
	— ларингоскоп с набором клинков	1 штука
	— эндотрахеальные трубки всех типоразмеров	1 комплект
	— зажимы кровоостанавливающие	2 штуки
	— пинцет	1 штука
	— ножницы	1 штука
	— языкодержатель	1 штука
	— роторасширитель	1 штука
	— воздуховод	2 штуки
2.	Коникотом	1 штука

В. Стерильные инфузионные растворы:

1.	Полиглюкин, реополиглюкин, др. коллоидные растворы, солевые растворы	1 флакон
2.	Полиионные кристаллоидные растворы	1 флакон
3.	Глюкоза 5% — 500 мл	1 флакон
4.	Изотонический раствор хлористого натрия 0,9% — 500 мл	1 флакон
5.	Новокаин 0,5% — 200 мл	1 флакон

Г. Врачебно-медицинские предметы:

1.	Комплект для иммобилизации КСИ-3	1 комплект
	— вакуумная шина размером 850 × 270 мм, рекомендуемая при травмах нижних конечностей	1 штука
	— вакуумная шина размером 450 × 160 мм, рекомендуемая при травмах нижних конечностей	1 штука
	— вакуумный матрац размером 1900 × 50 мм, рекомендуемый при травмах позвоночника, таза, бедер и политравмах	1 штука
	— вакуумный насос для подкачки воздуха	1 штука

или:
— шины Крамера [redacted] 6 штук
— шина Дитерикса 1 штука
— мягкие носилки 1 штука
2. Грелка резиновая 1 штука

Д. Специальные наборы в укладках:

1. Средства мягкого физического ограничения (удержания) психических больных в укладке:
— ленты из плотной хлопчатобумажной ткани (200 см 10 см) 3 штуки
— халат специального назначения 1 штука
— рукавицы с тесьмой, сшитые вместе 1 пара
— колпак специальный 1 штука
— фиксатор коечный, грудной 1 штука
— фиксатор инъекционный (шина) 1 штука
— укладка 1 штука
2. Укладка индивидуальной защиты при ООИ:
— перчатки 3 пары
— хлорамин 30 мл
— борная кислота 1 пакет
— пинцет 1 штука
— изотонический раствор 0,9% — 5 мл 3 ампулы
— мензурки 3 штуки
— шприцы 3 штуки
— пипетки глазные 6 штук
— альбуцид 3 шприц-тюбика
— спирт 70 град. 50 мл
— стрептомицин 3 флакона
3. Противочумная укладка:
— колпак-косынка 3 штуки
— перчатки 3 пары
— маски 3 штуки
— очки-консервы (пленка) 3 штуки
4. Укладка для пищевой токсикоинфекции:
— банки стерильные 2 штуки
— сопроводительные талоны 10 штук
— карандаш простой 1 штука
— полиэтиленовый мешок 1 штука
5. Противопедикулезный набор:
— инсектицид Неофос или др. 1 баллон
— мешок полиэтиленовый 1 штука
— тряпка 1 штука

6. Набор для промывания желудка:
   - желудочный зонд — 1 штука
   - воронка — 1 штука
   - мешок полиэтиленовый — 1 штука

Е. Белье медицинского назначения:

1. Белье стерильное:
   - простыня противоожоговая, стерильная — 1 штука
2. Белье нестерильное:
   - простыня — 1 штука
   - одеяло — 1 штука
   - халат медицинский — 1 штука

Опись сумки врача психиатрической бригады СМП

1. Нейролептики:
   - дроперидол 0,25% — 2 мл — 1 ампула
2. Стимуляторы ЦНС:
   - кофеин-бензонат натрия 20% — 1 мл — 2 ампулы
   - кордиамин 25% — 2 мл — 2 ампулы
3. Анальгезирующие средства:
   - анальгин 50% — 2 мл — 6 ампул
   - трамал 100 мг — 2 ампулы
   - баралгин 5 мл — 2 ампулы
4. Холиномиметики:
   - прозерин 0,05% — 1 мл — 1 ампула
5. Антихолинергические средства:
   - атропина сульфат 0,1% — 1 мл (антидот ФОС) — 10 ампул
   - платифилин 0,2% — 1 мл — 1 ампула
6. Ганглиолитики:
   - пентамин 5% — 1 мл — 1 ампула
7. Адреномиметики:
   - адреналин 0,1% — 1 мл — 1 ампула
   - норадреналин 0,2% — 1 мл — 1 ампула
   - мезатон 1% — 1 мл — 1 ампула
8. Антигистаминные препараты:
   - димедрол 1% — 1 мл — 4 ампулы
   - супрастин 2% — 1 мл — 2 ампулы
9. Местноанестезирующие средства:
   - новокаин 2% — 5 мл — 2 ампулы
   - лидокаин 2% — 2 мл — 1 ампула

10. Средства, действующие на ССС:

— строфантин 0,05% — 1 мл	1 ампула
— коргликон 0,06% — 1 мл	2 ампулы
— нитроглицерин	1 упаковка
— валидол (таблетки)	1 упаковка
— новокаинамид 10% — 5 мл	2 ампулы
— эуфилин 2,4% — 10 мл	2 ампулы
— дибазол 0,5% — 2 мл	4 ампулы
— папаверин 2% — 2 мл	2 ампулы
— но-шпа 2% — 2 мл	2 ампулы
— клофелин 0,01% — 1 мл	1 ампула

11. Средства, влияющие на обмен веществ:

— преднизолон 30 мг	3 ампулы
— гидрокортизон 125 мг	1 флакон

12. Диуретики:

— лазикс 20 мг	2 ампулы

13. Медикаменты специального назначения:

— аминазин 2,5% — 2 мл	5 ампул
— аминазин табл. 0,025	2 упаковки
— пропазин 2,5% — 2 мл	5 ампул
— галоперидол амп. 0,05% — 1 мл	6 ампул
— галоперидол табл. 0,0015	1 упаковка
— галоперидол таб. 0.005	1 упаковка
— тизерцин амп. 2,5% — 1 мл	10 ампул
— тизерцин таб. 0,025	1 упаковка
— хлорпротексен табл. 0,015	1 упаковка
— хлорпротиксен табл. 0,05	1 упаковка
— трифтазин табл. 0,005	1 упаковка
— стелазин амп. 0,005	1 упаковка
— френолон 0,5% — 2 мл	2 ампулы
— сонапакс табл. 0,01	2 упаковки
— реланиум табл. 0,005	2 упаковки
— седуксен амп. 0,5% — 2 мл	10 ампул
— феназепам табл. 0,0005	1 упаковка
— феназепам табл. 0,001	1 упаковка
— амитриптилин табл. 0,025	1 упаковка
— амитриптилин амп.	2 упаковки
— мелипрамин табл. 0,025	1 упаковка
амп. 0,025	1 упаковка
— циклaдол табл. 0,002	1 упаковка
— акинетон амп. 0,025	1 упаковка
— фенобарбитал табл. 0,1	2 упаковки
— карбазепин (тегретол, финлепсин) табл. 0,2	1 упаковка

— ГОМК 20% — 10 мл | 2 ампулы
— сернокислая магнезия 25% — 10 мл | 2 ампулы
— витамин В-1 1 мл | 5 ампул
— витамин С 1 мл | 10 ампул
— витамин В-6 1 мл | 5 ампул
— нивалин 0,25% 1 мл | 4 ампулы

14. Противомикробные и противопаразитарные средства:
— левомицитин-сукцинат 0,5 | 1 флакон
— делагил (табл.) | 10 штук

15. Другие препараты:
— кальция глюконат 10% — 10 мл | 2 ампулы
— глюкоза 40% — 10 мл | 4 ампулы
— натрия хлорид 0,9% — 10 мл | 4 ампулы
— инсулин | 1 флакон
— унитиол 5% — 5 мл | 2 ампулы
— обзидан табл. 40 мг | 2 таблетки
— настойка валерианы | 30 мл

16. Наружные средства:
— нашатырный спирт | 30 мл
— настойка иода | 30 мл
— перекись водорода 3% | 30 мл

17. Перевязочный материал:
— бинты 14 × 7 см | 2 штуки
— бинты 10 × 5 см | 2 штуки
— бинты 7 × 5 см | 2 штуки
— вата гигроскопическая | 20,0
— лейкопластырь | 1 упаковка

18. Перчатки резиновые | 4 пары

19. Инструменты:
— ножницы | 1 штука
— скальпель | 1 штука
— зажимы | 2 штуки
— пинцет | 1 штука
— тонометр | 1 штука
— фонендоскоп | 1 штука
— неврологический молоток | 1 штука
— жгут кровоостанавливающий | 1 штука
— шпатель металлический | 1 штука
— роторасширитель | 1 штука
— языкодержатель | 1 штука
— зонд желобоватый | 1 штука
— жгут для в/венных инъекций | 1 штука

— шприцы одноразовые:	20 мл	2 штуки
	10 мл	2 штуки
	5 мл	2 штуки
	2 мл	2 штуки
— система для внутривенного вливания		2 штуки

Пояснение к перечню оснащения

Бригада СПП (как врачебная, так и фельдшерская транспортная) является бригадой скорой медицинской помощи, действующей либо в составе специализированной подстанции СПП, либо (при отсутствии специализированной подстанции) является специализированной бригадой в составе линейной подстанции (станции) СМП.

Находясь на станции, бригада при поступлении срочного (не психиатрического) вызова может быть послана на его выполнение. Необходимость оказания скорой медицинской помощи больному с острым психическим расстройством может возникнуть не только по психиатрическим, но и по терапевтическим, токсикологическим, травматологическим показаниям. Наконец, при следовании на психиатрический вызов или при возвращении на подстанцию (станцию) бригада СМП может быть остановлена в пути населением или работниками правоохранительных органов для оказания скорой медицинской помощи, например при ДТП и т. д. Поэтому в Перечень оснащения бригады СМП следует включать медикаменты и врачебно-медицинские предметы не только психиатрического, но общескоропомощного назначения, включая средства реанимации, интенсивной терапии и иммобилизации.

Карта вызова врача-психиатра скорой медицинской помощи

1. П/ст ____________________

2. Повод к вызову ____________
№ вызова ________________

3. Дата ____________________

4. Время приема____________
Вр. передачи ______________
Вр. выезда ________________
Приб. к месту______________
Вр. исполнения____________

5. Причина задержки:

Отсутствие бригады	1
поломка транспорта	2
прочие причины	3

6. Выезд после приема

до 4-х мин.	1
до 15 мин.	2
до 30 мин.	3
до 1 ч	4
позже 1 ч	5

7. Время прибытия на место от момента выезда

до 5 мин.	01
от 6 до 10 мин.	02
от 11 до 15 мин.	03
от 16 до 20 мин.	04
от 21 до 25 мин.	05
от 26 до 30 мин.	06
от 31 до 35 мин.	07
от 36 до 40 мин.	08
от 41 до 45 мин.	09
более 45 мин.	10

Ф. и. о., профессия ______________
____
____

8. Возраст ____________________

9. Время, затраченное на обсл. вызова:

до 30 мин.	1
от 31 до 59 мин.	2
от 1 до 1,5 ч	3
от 1 ч 31 мин. до 2 ч	4
свыше 2 ч	5

10. Выезд выполнялся

скорой с врачом ____________	1
скорой без врача ____________	2
акушерской машиной ________	3
экстренным транспортом _____	4
плановым транспортом ______	5

11. Результат выезда:

ложный	01
больного нет на месте	02
адресат не найден	03
отмена по рации	04
отказ от перевозки	05
обслуж. до прибытия	06
прочие выезды	
без обслуж. больных	07
оставлен на месте	08
нетранспортабелен	09
перед. спец. бр.	10
дост. в стационар	11
дост. в стац. сан. трансп.	12
дост. в травм. пункт	13
дост. в морг	14
дост. домой	15
дост. в пр. места	16

Адрес ________________________

12. Район______________________

13. Пол: М — 1, Ж — 2 __________

14. Место вызова

улица ____________________	1
водоем ___________________	2
рабочее место ____________	3
квартира _________________	4
обществ. место ___________	5
больница _________________	6
травм. пункт _____________	7
проч. леч. учреждения ______	8

15. Прич. несч. случ. по международной номенклатуре

16. ___________________________

17. Диагноз (шифр)

18. Класс

19. Осложнения ______________
____
____

20. Летальные исходы
смерть по прибытии
от внезапного заболевания ___1
от травмы ________________2
от отравления _____________3
от неизвестной причины _____4
смерть в присутствии ________5
смерть в машине ___________6

21. Характерное отравление
производственное 1
с/хозяйственное 2
бытовое 3
медикам. ошибка 4
самолечение 5
суицидальное 6

22. Алк. опьянение
да — 1, нет — 2, запах алк.— 3

23. Терминальное состояние
преагональная стадия 1
агональная стадия 2
клиническая смерть 3

24. Диагноз основной, соп. ослож-
нения ______________________
____
____

25. Оказанная помощь:
по психиатрии 1
по соматике 2
Эффект полный, частичный, без эффекта

26. Место прописки больного:
иногородний 1
местный 2
областной 3

27. Первичный
повторный

28. Отношение к п/п учету:
состоит 1
не состоит 2
лечится в ДС 3
работает в ЛТМ 4

29. Инвалидность:
нет 1
1 группа 2
2 группа 3
3 группа 4
СО 5
У нарколога 6

30. Болен
1 год 1
2 года 2
3 года 3
5 лет 4
10 лет 5
более 10 лет 6

31. Особенности случая:
закрылся 1
вооружен 2
оказал физ. сопрот. 3
попытка к бегству 4
неотложная госпитализация 5

32. Вызвана помощь:
милиции 1
пожарные 2

33. Причина ухудшения:
(см. приложение 1а)
____
____
____

34. Кто вызывает ______________
____
____

35. Метод госпитализации:
а) добровольный
б) недобровольный
Повод к вызову:
1. Неправильное поведение.
2. Агрессия.
3. Суицидные намерения и попытки.
4. Социальное беспокойство.
5. Алкоголизация.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Контакт: доступен формально, частично, полностью, не доступен.

2. Поведение правильное (внешне), неправильное: неадекватное, демонстративное, неполное, возбужден, подозрителен, суетлив, растерян, адинамичен, пьян ______________________

3. Сознание: помрачение, оглушение (медикаментозное, алкоголем) делирий, аменция, онейроид, сумеречное.

4. Ориентировка: полная, частичная, дезориентирован (в месте, во времени, в окружающем, в собственной личности).

5. Эмоциональные расстройства: нет, есть. Настроение повышено, эйфория, гипоманиакальное, маниакальное. Настроение снижено, депрессия, тревога, страх, апатия.
Дисфория, напряжен, злобен, слабодушен. Эмоциональная лабильность, эмоциональная пустота. Аффективная неустойчивость. Прочие ________________
____

6. Мышление: не нарушено. Нарушено: ускорено, замедлено. Обстоятельное, персеверация, атактическое, аментивное, резонерство, символическое, аутистическое, фобии, навязчивости, прочие нарушения ________
____
Бредовые идеи: нет, не выявляются, есть: величия, изобретательства, паранойяльные отношения, преследования, отравления, воздействия (гипнотического), ущерба, особого значения, ипохондрические, самообвинения, самоуничижения, ревности, прочие ________________
____
____
____

7. Обманы чувств: нет, не выявляются, есть: иллюзии, галлюцинации (зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые) дереализации, деперсонализация, псевдогаллюцинация, проч. эпизодически

8. Эффекторные расстройства:

а) расстройства влечений: нет, есть;

б) расстройства воли: нет, есть (абулия, стереотипия, манерность, дурашливость, негативизм, мутизм, психические автоматизмы, кататония: ступор, возбуждение). Прочие________
____

9. Интеллект: сохранен, снижен, примитивная личность, деменция, низкий.

10. Память: не нарушена, нарушена (проходящие) ________________
____
____

11. Критика: полная, частичная, формальная, отсутствует.

12. Суицидные высказывания: нет, есть.

13. Агрессивные намерения: есть, нет.

14. Планы на будущее: реальны, неопределенные, нет.

15. Алкогольное опьянение: нет, есть (запах алкоголя изо рта, речь и походка пьяного, поведение пьяного, нистагм, инъекция склер).

16. Явления хронической алкогольной интоксикации: нет, есть (тремор, гипергидроз, обложен язык, тахикардия).

17. Свежие травмы черепа: нет, есть др. областей тела ____________
____
____

18. Дополнительные сведения _____

19. Соматический статус: состояние
____
Сознание______________________
Кожные покровы _______________
Пульс _________ АД_________
Тоны сердца ______________
Сердцебиение ______________
Дыхание ______ Живот _______
____
Неврологический статус: симптомы поражения черепно-мозговых нервов:
нет, есть _______
зрачки ______________________
реакция на свет ________________
парезы, параличи: нет, есть____
координация движений ________
рефлексы в норме, патологические ________________________
____
менингиальные симптомы _____

20. Рекомендации: обратиться к психиатру, к наркологу, в милицию.

21. Сообщено: в милицию, ответственному дежурному врачу, активный вызов в ПНД___________
____
____

Врач:____________________________

Замечания и подпись зав. станцией
____
____

Приложение 5а

Причины ухудшения состояния больных
(при оформлении карты вызова врача-психиатра скорой медицинской помощи, п. 33)

1. Инфекции.
2. Интоксикации.
3. Соматические заболевания.
4. Физиологические состояния: беременность, роды, менструации и другие...
5. Переутомление, истощение.
6. Физическая травма.
7. Психотравма.
8. Затруднение с трудоустройством.
9. Трудные материальные и бытовые условия.
10. Прекращение поддерживающей терапии.
11. Неправильная поддерживающая терапия.
12. Спонтанное ухудшение.
13. Причина ухудшения неясна.
14. Прочие причины: установка на госпитализацию, экспертиза и т. д.
15. Преждевременная выписка.

В карте вызова причину ухудшения состояния можно обозначить порядковым номером.

Инструкция
по охране труда медицинского персонала
выездных психиатрических бригад СМП

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

1.1. К работе в выездных психиатрических бригадах станции скорой медицинской помощи допускаются лица, достигшие 18-ти летнего возраста, имеющие медицинское образование, получившие специальную подготовку и квалификацию для работы с пациентами, страдающими психическими расстройствами, а также прошедшие инструктаж по данной инструкции.

1.2. Деятельность врача, фельдшера (медицинской сестры) выездной психиатрической бригады по оказанию экстренной психиатрической помощи основывается на профессиональной этике и осуществляется в соответствии с:

— действующим Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

— действующим Приказом Министерства здравоохранения РФ «О скорой психиатрической помощи»;

— действующим Приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства внутренних дел РФ «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами»;

— действующей Инструкцией «Об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами»;

— действующим Кодексом законов по охране труда Российской Федерации (далее КЗОТ РФ).

1.3. Медицинский персонал выездных психиатрических бригад обязан соблюдать «Правила внутреннего трудового распорядка Городской станции скорой медицинской помощи», «Инструкцию по охране труда медицинского персонала выездных бригад скорой помощи», «Инструкцию по пожарной безопасности для персонала подразделений Городской станции скорой медицинской помощи».

1.4. Ответственность за нарушение требований данной Инструкции несет персонал и руководитель подразделения в соответствии с КЗОТ РФ.

1.5. Инструктаж медицинского персонала по данной Инструкции проводится не реже 1 раза в 6 месяцев.

2. ПЕРЕД НАЧАЛОМ РАБОТЫ:

2.1. Прибыть на дежурство заблаговременно и до начала смены:

2.1.1. Расписаться в журнале дежурного наряда, надеть спецодежду, узнать у диспетчера состав бригады и номер автомашины.

2.1.2. Старшему фельдшеру бригады:

— принять автомашину;

— проверить надежность замков дверей салона и кабины; проверить работу носилок, носилочного устройства;

— проверить наличие и исправность в ней рации (сделать контрольный вызов оператору радиостанции).

— Осуществить предрейсовый осмотр водителя.

— Сделать запись в соответствующих журналах.

Примечание: при подаче автобазой неисправного автомобиля (с неработающей рацией, отоплением и другими дефектами), информировать об этом диспетчера и заведующего подстанцией. В дальнейшем действовать соответственно их указаниям.

3. ВО ВРЕМЯ РАБОТЫ:

3.1. Старшему по бригаде (врач, фельдшер) получить от диспетчера вызов.

3.2 Уточнить повод к вызову, адрес, фамилию, имя, отчество, возраст, пол лица, к которому направляется бригада, а также особенности его поведения (вооружен, агрессивен, угрожает самоубийством и т. д.).

Примечание: сотрудники милиции обеспечивают безопасные условия для доступа к лицу с психическими расстройствами и его осмотру, пресекают противоправные действия граждан, препятствующих оказанию помощи больному и его госпитализации.

3.3. По прибытии на место вызова:

3.3.1. Расположить автомашину в непосредственной близости от выхода в здание и пр. (т. е. на расстоянии, удобном для быстрой посадки больного).

3.3.2. Старшему фельдшеру бригады ознакомиться с подходами (неровности дороги, открытые люки, освещенность и т. д.) к помещению, где находится больной, обеспечить освещение лестничных маршей и проходов, прикрыть открытые окна, убедиться, что нет угрозы нападения больного (сбрасывание с высоты тяжелых предметов, иных средств нападения и пр.).

3.3.3. Следовать к месту нахождения больного в следующем порядке:

— врачебные бригады: старший фельдшер — врач — второй фельдшер. Бригады санитарного транспорта: старший фельдшер — фельдшер;

— бригады санитарного транспорта идут на вызов без медицинской сумки.

3.3.4 Старшему по бригаде перед входом в помещение, где находится больной:

— Расположить членов бригады, по возможности, по обеим сторонам входных дверей помещения (квартиры).

— Уточнить у встречающих адрес, выяснить, где в данный момент находится больной, характер его поведения (агрессивен, вооружен и т. д.).

3.4. Входить к больному первым старшему фельдшеру бригады и блокировать подход к окну, второму фельдшеру блокировать подход к двери.

3.5. Находиться фельдшерам по обеим сторонам от больного в непосредственной близости от него (не далее вытянутой руки), во время осмотра и сборов, а также при всех передвижениях больного.

Убрать из поля зрения больного (с помощью окружающих лиц) все колющие, режущие и т. п. предметы.

3.6. Перед транспортировкой:

3.6.1 Информировать дежурного психиатра (старшего врача центральной подстанции) Городской станции скорой медицинской помощи о больном с психическими расстройствами, представляющем непосредственную опасность для себя или окружающих и при наличии оснований предполагать, что он или его родственники окажут сопротивление при попытке госпитализации.

В дальнейшем действовать согласно указаниям дежурного психиатра (старшего врача центральной подстанции) Городской станции скорой медицинской помощи с учетом складывающихся обстоятельств.

3.6.2 Изъять у больного с помощью его близких, а также сотрудников милиции или иных лиц предметы, которые могут быть использованы им в качестве орудий нападения и аутоагрессии.

Произвести учет обнаруженных документов, денег, ценностей.

3.6.3 Одеть больного на месте его осмотра.

3.7 Выходить из помещения (квартира, подъезд) в следующем порядке: фельдшер — больной — фельдшер — врач.

Находиться фельдшерам справа и слева от больного, удерживая его за руки, при передвижении к автомашине.

Примечание: при выходе из помещения (квартира, подъезд и т. д.) от персонала требуется особая бдительность, так как в этот момент больной может совершить попытку к бегству, проявить в связи с этим агрессию!

3.8 Осуществлять посадку в салон автомашины последовательно: фельдшер — больной — фельдшер.

При посадке в автомашину следует исключить возможность получения травмы больным и персоналом.

3.9 Во время транспортировки больного в автомашине:

3.9.1 Находиться фельдшерам по обеим сторонам от больного.

3.9.2 Фиксировать больного (при необходимости) носилочными ремнями при транспортировке лежа на носилках.

3.9.3 Освещать салон автомашины при транспортировке больного в ночное время суток.

3.9.4 Контролировать поведение больного, помня, что в любой момент возможны агрессия, попытки побега или аутоагрессии.

3.10 Если у лица с психическими расстройствами, в момент осмотра или транспортировки, развилось состояние психомоторного возбуждения, то по указанию и под контролем старшего по бригаде необходимо применить меры физического стеснения, если иными методами невозможно предотвратить действия больного, представляющие непосредственную опасность для него или окружающих лиц.

О формах и времени применения мер физического стеснения сделать запись в медицинской документации — карта вызова, сопроводительный талон.

Примечание: купирование психомоторного возбуждения психотропными средствами на месте осмотра облегчит транспортировку больного и уменьшит возможность травмирования как его, так и медперсонала психиатрических бригад.

3.11 В психиатрической больнице:

3.11.1 Остановить автомашину боковыми дверями к входу в приемное отделение и задними дверями, если больной на носилках.

3.11.2 Выходить из салона автомашины в следующей последовательности: фельдшер — больной — фельдшер.

3.11.3 Следовать в приемное отделение фельдшерам справа и слева от больного, удерживая его за руки, врачу — сзади больного.

3.12 В приемном отделении стационара:

3.12.1 Передать больного дежурному врачу-психиатру и информировать об особенностях его поведения, в необходимых случаях (внезапное психомоторное возбуждение, агрессия и т. д.) оказать помощь персоналу приемного отделения.

3.13 Осматривать лиц с психическими расстройствами в учреждениях, организациях, лечебно-профилактических учреждениях и т. д. в отдельных помещениях (кабинет администрации, медицинский пункт и т. д.).

4. ЗАПРЕЩАЕТСЯ:

4.1 Работать без спецодежды, в обуви на высоких (более 4 см) каблуках и типа сабо, в часах с металлическими браслетами.

4.2 Использовать для доступа к больному пожарный инвентарь (лестницы, брандспойты и т. п.), окна, карнизы, балконы, крыши домов и т. д.

4.3 Располагать бригаду прямо напротив дверей квартиры больного (угроза внезапного нападения).

4.4 Входить в неосвещенное помещение (подъезд, квартира и т. д.).

4.5 Входить без милиции к социально опасному (агрессивному, вооруженному и т. д.) больному.

4.6 Совершать действия, не связанные с осмотром больного (вести посторонние разговоры, осматривать предметы внутренней обстановки квартиры и т. д.).

4.7 Называть имена, фамилии членов бригады в присутствии психически больного.

4.8 Оставлять больного без присмотра.

4.9 Применять для ограничения больных средства, которые не разрешены в психиатрии.

4.10 Допускать лиц с психическими расстройствами к перилам лестниц, оконным проемам.

4.11 Преследовать убегающего больного по улицам города.

4.12 Сопровождать больного в салоне автомашины одному фельдшеру.

4.13 Транспортировать в автомашине одновременно более одного возбужденного больного.

4.14 Актировать вещи больного во время транспортировки.

4.15 Брать сопровождающего при отрицательном отношении к нему больного.

4.16 Уходить фельдшерам из приемного отделения до момента полной передачи больного медицинскому персоналу больницы.

4.17 Направлять бригаду к психически больному, проживающему в одном доме с членом(ами) бригады.

5. ПО ОКОНЧАНИИ РАБОТЫ.

5.1 Медицинскому персоналу:

5.1.1 Убрать салон автомобиля от медицинского мусора (использованные ампулы, перевязочный материал, кровь и т. д.).

5.1.2 Передать по смене медицинское имущество и медикаменты.

5.1.3 Сделать запись в соответствующих журналах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Постановление Верховного Совета РФ 1993 г. № 5489-1.

2. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 1992.— № 3185-1.

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О скорой психиатрической помощи».— № 108-98.

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства внутренних дел Российской Федерации «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами». № 133/269-97.

5. Приказ Главного управления внутренних дел Санкт-Петербурга, Министерства здравоохранения Ленинградской области совместно с комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга «О мерах по улучшению взаимодействия органов внутренних дел и органов здравоохранения по обслуживанию граждан, находящихся в состоянии алкогольного опьянения». № 296/140/64-1996.

6. «О порядке оказания скорой психиатрической помощи населению Санкт-Петербурга». Методические указания Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, 1996.

7. Международная классификация болезней (9-го пересмотра), адаптированная для использования в СССР.— Москва, 1982.

8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Всемирная организация здравоохранения.— СПб.: АДИС, 1994.

9. Оценочный перечень симптомов и глоссарий для психических расстройств. Всемирная организация здравоохранения.— СПб.: Оверлайд, 1994.

10. *Дмитриева Т. Б.* Клиническая психиатрия: Руководство.— М.: Гэотар Медицина, 1998.

11. *Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е.* Психиатрия.— М.: Медицина, 1995.

12. *Снежневский А. В.* Справочник по психиатрии.— М.: Медицина, 1985.

13. *Морозов Г. В.* Руководство по психиатрии.— М.: Медицина, 1988.

14. *Авруцкий Г. Я., Недува А. А.* Неотложная помощь в психиатрии.— М.: Медицина, 1979.

15. *Авруцкий Г. Я., Недува А. А.* Лечение психических больных.— М.: Медицина, 1988.

16. *Сметанников П. Г.* Психиатрия.— СПб., 1996.

17. *Фролов Б. С., Пашковский В. Е., Помазкин Н. А., Дехтер В. А.* Психические расстройства в международных классификациях болезней (МКБ-9) и (МКБ-10). Таблица соответствия.— СПб: МАПО, 1998.

18. Комментарий. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии.— М.: Спарк, 1997.

19. *Фролов Б. С., Нитруца М. И.* Неотложные психиатрические состояния//В кн.: Стандарты оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе/ Под ред. А. Г. Мирошниченко, В. А. Михайловича.— СПб.: МАПО, 1998. 3-е изд.

20. *Бажин А. А.* Применение психотропных препаратов в психиатрии и наркологии.— СПб., 1999.

21. *Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В., Карева М. А.* Практикум по психиатрии.— М.: Изд-во Российского ун-та Дружбы народов, 1997.

СОДЕРЖАНИЕ